



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan ohjauksen prosessikuvaus

Lindlöf, Henriikka

Nurmio, Maiju

2011 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksen prosessikuvaus

Henriikka Lindlöf
Maiju Nurmio
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2011

Henriikka Lindlöf
Maiju Nurmio

Sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksen prosessikuvaus

Vuosi 2011

Sivumäärä 57

Opinnäytetyö tehtiin Kolmiosairaala-hankkeessa. Kolmiosairaala on marraskuussa 2010 valmistunut sairaala Meilahden kampusalueella Meilahden tornisairaalan vieressä. Kolmiosairaala-hankkeen yhteistyökumppaneina toimivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Medisiininen tulostusyksikkö ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikkö. Opinnäytetyön varsinaisina yhteistyökumppaneina toimivat Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien klinikan vuodeosasto 6A, Päiväsairaala ja Keuhkosairauksien poliklinikka.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausta Meilahden Kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikalla, jossa henkilökunta voi myös hyödyntää opinnäytetyön prosessikuvausta paitsi potilasohjauksen kehittämisessä myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksesta prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikalle.

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, joka toteutettiin kolmen sairaanhoitajan ryhmähaastatteluna. Tutkimuskysymykset, joihin haettiin vastauksia, olivat seuraavat: mitkä ammattiryhmät osallistuvat sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjaukseen ja millainen on sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessi. Haastatteluteemoina olivat sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjaukseen valmistautuminen, ohjauksen toteutus ja sisällöt sekä ohjauksen arviointi. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysin pohjalta muodostettiin ohjauksesta QPR ProcessGuide -ohjelman avulla prosessikuvaus.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessi jakaantuu ohjauksen suunnitteluun, ohjauksen toteutukseen, ohjauksen arviointiin ja jatkohoidon turvaamiseen. Ohjaukseen osallistuvat poliklinikan, Päiväsairaalan ja vuodeosaston sairaanhoitajat ja lääkäri. Tulosten mukaan ohjaukseen osallistuu tarvittaessa myös muita ammattiryhmiä, kuten sosiaalityöntekijä ja ravitsemusterapeutti. Laajan aineiston vuoksi ohjauksesta tuli paljon sisältöjä, joista mainittakoon muun muassa ohjaus sairauden aiheuttamista muutoksista jokapäiväiseen elämään ja lääkehoidon ohjaus. Pääosin sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessi alkaa poliklinikalta, jonka jälkeen potilas siirtyy Päiväsairaalaan saamaan sytostaattihoitoa, jos lääkäri niitä hänelle määrää. Sytostaattihoitojen jälkeen lääkäri arvioi potilaan vointia ja suunnittelee jatkohoidon. Potilaan jatkohoidossa on useita vaihtoehtoja. Häntä voidaan hoitaa joko kotona, erikoissairaanhoidossa, Terhokodissa tai perusterveydenhuollossa.

Asiasanat: keuhkosityöpöpotilas, sytostaattihoito, potilasohjaus, prosessikuvaus

Henriikka Lindlöf
Maiju Nurmio

A process description of the guidance of a lung cancer patient receiving chemotherapy

Year	2011	Pages	57
------	------	-------	----

The thesis was carried out in the Triangle Hospital project. Triangle Hospital is situated next to Meilahti Tower Hospital on Meilahti campus. It is a new hospital for internal medicine and it was completed in November 2010. The Triangle Hospital Project is a collaboration project between the hospital district of Helsinki and Uusimaa, Department of Medicine at Helsinki University Central Hospital and Otaniemi unit of Laurea University of Applied Sciences.

The objective of the thesis is to develop the guidance of a lung cancer patient receiving chemotherapy in the Clinic for Pulmonary Diseases in Meilahti Triangle Hospital. The personnel can also use the process description of the thesis not only in developing the patient guidance but also in the orientation of new employees. The purpose of the thesis was to create a process description of the guidance of a lung cancer patient receiving chemotherapy for the Clinic of Pulmonary Diseases in Meilahti Triangle Hospital.

The research method used in this thesis was qualitative. The data for the thesis was gathered by using a theme interview, which was carried out as a group interview of three nurses in December 2010. The research questions were: which professional groups participate in the guidance of a lung cancer patient receiving chemotherapy and what is the guidance process of a lung cancer patient receiving chemotherapy like. The interview themes were: the preparation for the guidance of a lung cancer patient receiving chemotherapy, the implementation and contents of the guidance and the evaluation of the guidance. The material gathered from the interview was transcribed and analyzed by using inductive content analysis. Based on the analysis the process description was created with the QPR ProcessGuide -programme.

The findings of the thesis show that the guidance process of a lung cancer patient receiving chemotherapy is divided into the planning of the guidance, the implementation of the guidance, the evaluation of the guidance and the ensuring of the follow-up care. The nurses from the outpatient clinic, day hospital and ward participate in the guidance of the patient as well as the physicians. According to the findings there are also other occupational groups, which participate in the guidance if necessary, like a social worker and a dietician. Due to the extensive data of the thesis there was a lot of material on the guidance, e.g. the guidance of the causes of the illness in everyday life and the guidance of the medication. Mainly the treatment path of a lung cancer patient starts from the outpatient clinic after which the patient is transferred to the day hospital to get chemotherapy, if a physician has prescribed it. After the chemotherapy treatments a physician evaluates the patient's condition and plans the follow-up care. There are several options in the patient's follow-up care. He can be treated at home, in specialized care, in a hospice or in primary health care.

Key words: lung cancer patient, chemotherapy, patient guidance, process description

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Keuhkosityöpäpotilaan ohjaus	8
2.1	Keuhkosityöpä sairautena	8
2.1.1	Riskitekijöistä oireisiin	8
2.1.2	Miten diagnosoidaan?	10
2.1.3	Keuhkosityöpäpotilaan sytostaattihoito	11
2.2	Potilasohjaus hoitotyössä	14
2.2.1	Potilasohjaukseen liittyvät lait	14
2.2.2	Potilasohjauksen tavoitteet	16
2.2.3	Potilasohjauksen menetelmät	19
2.3	Potilasohjauksen prosessikuvaus	20
2.3.1	Potilasohjaus prosessina	20
2.3.2	Prosessikuvaus	21
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	24
4	Tutkimuksen toteuttaminen	24
4.1	Tutkimusmenetelmä	24
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	25
4.3	Aineiston analysointi	27
5	Opinnäytetyön tulokset	31
5.1	Ohjauksen suunnittelu	31
5.2	Ohjauksen toteutus	32
5.2.1	Ohjaus ennen sytostaattihoitoa	33
5.2.2	Ohjaus sytostaattihoidon aikana	36
5.2.3	Ohjaus sytostaattihoidon jälkeen	36
5.3	Ohjauksen arviointi ja jatkohoito	37
6	Pohdinta	38
6.1	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	38
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	40
6.3	Tulosten tarkastelu	42

6.4 Kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet	45
Lähteet	48
Liitteet	52
Liite 1 Saatekirje	52
Liite 2 Suostumus tutkimukseen osallistumisesta.....	53
Liite 3 Haastatteluun osallistuvien taustatietolomake	54
Liite 4 Haastatteluteemat.....	55
Liite 5 Sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksen prosessikuvaus.....	56

1 Johdanto

On arvioitu, että vuoteen 2020 mennessä syöpään kuolleisuus vähenee 10–20 prosenttia. Tämä havaittu kuolleisuuden väheneminen on ollut Suomessa suurempaa kuin muualla Euroopassa. Suomessa potilaat myös selviävät syövästä aiempaa paremmin. Laajan suomalaistutkimuksen mukaan syövästä selviytymiseen vaikuttaa myös sairastuneiden koulutustaso ja etenkin korkeasti koulutetut ovat paremmassa asemassa selviytymisen suhteen (Pokhrel ym. 2010). Suomessa syöpäkuolleisuuden on havaittu olevan vähäisintä koko Euroopassa. Haasteena tulevaisuudessa on pystyä säilyttämään nämä hyvät näkymät. (Finnish Cancer Registry 2009.) Tässä työssä keskitymme sytostaattihoitoa saavaan keuhkosityöpäpotilaaseen.

Keuhkosityövän esiintyvyys on vähentynyt miesten keskuudessa, mutta sen sijaan naisten kohdalla tendenssi on nouseva. Miesten kohdalla keuhkosityöpään kuolleiden määrä tulee pysymään suurin piirtein samana, mutta naisten lukumäärä tulee kasvamaan ja saavuttamaan rintasyöpään kuolleisuuden määrän. (Finnish Cancer Registry 2009.) Naisilla kuolleisuuden kasvu johtuu siitä, että tupakointi heidän keskuudessaan on lisääntynyt. Terveyskasvatus ja tupakkalainsäädännön kiristyminen saattavat kuitenkin aiheuttaa myönteisen kehityksen jo ennen vuotta 2015 (Pukkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2011). Keuhkosityöpä on ensisijaisesti iäkkäiden ihmisten tauti. (Knuuttila 2005, 571.)

Opinnäytetyö on osa HUS Kolmiosairaala-hanketta, jossa yhteistyökumppaneina toimivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKSin Medisiininen tulosityksikkö ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikkö. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan ohjauksesta prosessikuvaus Meilahden Kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikalle. Kolmiosairaalan tärkeänä tavoitteena on saada toimintayksikköön nykyaikaiset ja potilaiden tutkimus- ja hoitoprosessien kehittämistä edistävät tilat, joissa on myös eristämismahdollisuudet infektioiden torjuntaa varten. Vuodesta 2012 lähtien Meilahden kolmiosairaala on kokonaan tiettyjen sisätautien erikoisalojen (hematologia, keuhkosairaudet, kardiologia, nefrologia, reumasairaudet, infektiosairaudet, yleissisätaudit) vuodeosastojen ja poliklinikoiden käytössä. (HUS 2006.)

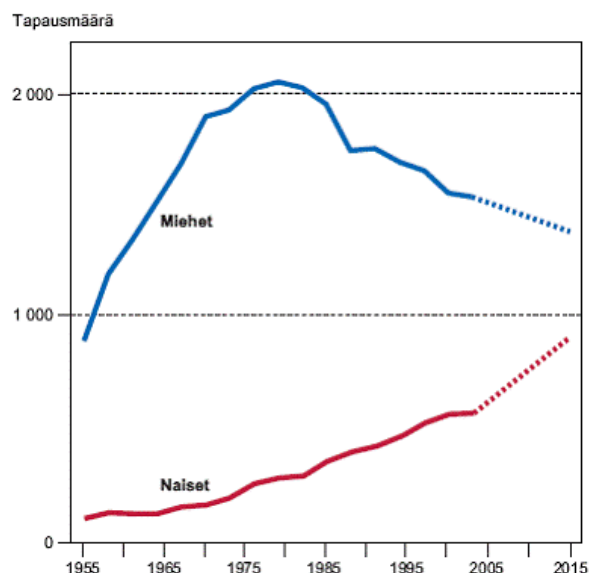
Kiinnostuksemme keuhkosityöpäpotilaita kohtaan heräsi, kun olimme Meilahden tornisairaalassa keuhkosairauksien osastoilla sisätautien harjoittelujaksolla. Keuhkosityöpä käsitteenä on kuitenkin hyvin laaja, minkä vuoksi aihe rajattiin koskemaan erityisesti sytostaattihoitoa saavaa keuhkosityöpäpotilasta. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan ohjausta Meilahden Kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikalla, jossa henkilökunta voi hyödyntää opinnäytetyömme prosessikuvausta paitsi potilasohjauksen kehittämisessä myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä.

2 Keuhkosityöpötilaan ohjaus

2.1 Keuhkosityöpä sairautena

2.1.1 Riskitekijöistä oireisiin

Keuhkosityöpään sairastuu vuosittain runsaat 2100 suomalaista. Ennuste keuhkosityövälle on yhä huono, sillä vain 8–12 % on elossa viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta. Keuhkosityöpään kuolee enemmän ihmisiä kuin kaikissa muissa syöpäryhmissä yhteensä (Riska 2010). Keuhkosityöpä on Suomessa miesten toiseksi yleisin ja naisten neljänneksi yleisin syöpämuoto. Tärkein riskitekijä keuhkosityövän synnyssä on pitkäaikainen tupakointi. Keuhkosityövän ilmaantuvuus on ollut kasvussa naisten keskuudessa, sillä heidän tupakointinsa on yleistynyt (Knuuttila 2006, 324). Tupakoinnin on todettu aiheuttavan noin 90 % keuhkosityöistä. Tupakoinnin lopettaminen vähentää riskiä sairastua kaikissa ikäryhmissä. Passiivinen tupakointi lisää riskiä sairastua keuhkosityöpään ja passiivista tupakointia torjumaan on säädetty tupakkalaki, jonka avulla pyritään rajoittamaan tupakointia julkisissa tiloissa ja työpaikoilla. (Käypä hoito 2008; Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen onkologiyhdistys ry 2001.) Työ- ja elinympäristössä on keuhkosityöpää aiheuttavia tekijöitä kuten asbesti, radon, arseeni, kromi, nikkeli, terva ja jotkut synteettiset mineraaliöljyt. Asbestialtistus ja tupakointi yhdessä lisäävät riskiä entisestään. Lisäksi geneettisillä tekijöillä on todettu olevan vaikutusta keuhkosityövän synnys- sä. On tehty havaintoja siitä, että keuhkosityöpätapauksia todetaan usein samassa suvussa. (Knuuttila 2005, 572.)



Kuvio 1. Keuhkosityövän tapausmäärät 1955-2004 (miehet ja naiset) (Suomen Syöpärekisteri)

Keuhkosyöpä luokitellaan ei-pienisoluisiin ja pienisoluisiin kasvaimiin eli mikrosellulaarikasvaimiin. Histologisen diagnoosin tekeminen on tärkeää, sillä näiden kasvaimien hoito ja ennuste poikkeavat toisistaan. Yleisempiä ovat ei-pienisoluiset kasvaimet, jotka jaetaan adeno-, levyepiteeli- ja suurisoluisen kasvaimen. Nämä muodostavat noin 75–80 prosenttia kaikista keuhkosyövistä. Pienisoluisen kasvain on vahvasti yhteydessä tupakointiin ja se muodostaa noin 20–25 prosenttia uusista keuhkosyöpätapauksista. Tämä keuhkosyöpätyyppi lähettää varhain etäpesäkkeitä alueellisiin imusolmukkeisiin ja laajalle rintakehän ulkopuolelle, eli se käyttäytyy useasti systeemisairauden tavoin. Diagnoosivaiheessa tauti on valitettavan usein jo levinnyt. (Knuuttila 2005, 573–574.) Pienisoluisessa kasvaimessa ei käytetä TNM-luokitusta, vaan se luokitellaan joko rajoittuneeksi tai levinneeksi (Käypä hoito 2008).

TNM-luokitusta käytetään syöpäsairauksissa kuvaamaan kasvaimen kokoa ja sen levinneisyyttä imusolmukkeisiin tai mahdollisia etäpesäkkeitä. Keuhkosyövän oireet johtuvat primaarikasvaimen koosta ja sijainnista (T-tekijä), sen leviämisestä alueellisiin imusolmukkeisiin (N-tekijä) tai rintakehän ulkopuolella sijaitsevista etäpesäkkeistä (M-tekijä). (Knuuttila 2005, 576.) Tärkeimpiä oireita ovat yskä tai sen paheneminen, veriyskä, hengenahdistus ja kivut rintakehän alueella. Myös äänen käheyttä, nielemisvaikeuksia ja pleuranestettä voi ilmentua, jos syöpäkasvain on ehtinyt levitä rintakehän alueella paikallisesti (Knuuttila 2006, 324). Toistuvat keuhkokuumeet ovat myös tyypillisiä keuhkosyövän oireita (Käypä hoito 2008). Oireet ovat usein myöhäisoireita ja viittaavat jo levinneeseen tautiin (Knuuttila 2006, 324). Yleisioireet, kuten kuumeilu, laihtuminen, ruokahaluttomuus ja väsymys ovat mahdollisia, mutta osa keuhkosyövistä (noin 20–25 prosenttia) todetaan kuitenkin vasta oireettomina satumalöydöksinä muiden tutkimusten yhteydessä (Knuuttila 2005, 576).

Keuhkosyöpä voi lähettää etäpesäkkeitä mihin elimeen tahansa ja aiheuttaa siten keuhkojen ulkopuolisia oireita. Useimmin etäpesäkkeitä ilmenee maksassa, lisämunuaisissa, luustossa ja aivoissa. Aivojen etäpesäke voidaan todeta myös taudin ensioireena. Aivometastasoinnin toteutuksen jälkeen ennuste on melko huono ja elinaikaa on yleensä vain 3–4 kuukautta. Diagnoosivaiheessa vajaalla kymmenellä prosentilla potilaista todetaan pahanlaatuinen keuhkopussineste. Jos syöpäsoluja löytyy pleuranesteestä, keuhkosyöpä ei sovellu leikattavaksi. (Knuuttila 2005, 577–578.)

Keuhkosyövässä voi esiintyä myös paraneoplastisia oireita, jotka eivät aiheudu suoraan primaarikasvaimesta tai etäpesäkkeistä. Näitä oireita esiintyy 10–20 prosentilla keuhkosyöpäpotilaista ja ne liittyvät yleensä pienisoluisen keuhkosyöpään. Paraneoplastisia oireita ovat esimerkiksi endokrinologiset oireet, hematologiset poikkeavuudet, neurologiset oireet ja vas-kulaariset löydökset. Myös yleistä kakektisuutta voi esiintyä. (Käypä hoito 2008.) Kakeksialla tarkoitetaan kuihtumista, riutumista, vaikeaa aliravitsemustilaa, ravinnon puutteeseen tai

vaikeisiin yleissairauksiin liittyvää huonoa yleisvointia sekä laihtumista ja väsymystä (Ukkola 2005).

2.1.2 Miten diagnosoidaan?

Keuhkosityöpäkasvain näkyy thorax-kuvassa yleensä vasta, kun se on kasvanut jo kuukausia tai vuosia. Koska keuhkosityövissä ennuste on huono ja se diagnosoidaan usein myöhään, on pyritty etsimään varhaisdiagnostisia seulontamenetelmiä suuren riskin potilaille. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan ollut näyttöä siitä, että seulonta vähentäisi kuolleisuutta. Kliinisellä TNM-luokituksella määritellään taudin levinneisyyttä ennen hoitopäätöstä. (Knuuttila 2005, 579.) TNM-luokituksella on tärkeä merkitys kliinisessä työssä, koska siihen perustuvat taudin levinneisyysluokittelu ja hoitotoimenpiteiden suunnittelu (Riskä 2010).

Kun keuhkosityöpää epäillään, on tehtävä lukuisia tutkimuksia, jotta hoito osataan kohdentaa oikein. Perusterveydenhuollossa tehdään tiettyjä laboratoriotutkimuksia ennen kuin potilas lähetetään jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon. Kasvaimen luonne, pääsolutyyppi ja sijainti tulee selvittää ennen hoitopäätöstä. (Mattson, Kunnamo & Aho 2001.) Potilaan toimintakyky ja edellytykset erilaisiin hoitoihin tulee aina ottaa huomioon (Käypä hoito 2008). Tutkimuksilla selvitetään onko kasvain ei-pienisoluinen vai pienisoluinen, onko se levinnyt välikarsinaan, toiseen keuhkoon tai rintakehän ulkopuolelle, voidaanko kasvainta poistaa leikkaamalla, voidaanko sädehoitoa toteuttaa ja miten se pitäisi suunnitella. Tuore thorax-kuva tarvitaan, jotta saadaan selville kasvaimen koko ja sijainti sekä mahdolliset sydän- ja verisuonivasta-aiheet. Taudin levinneisyyden kartoittamiseksi tehdään rintakehän ja ylävatsan tietokonetomografia (TT), jossa selvitetään primaarikasvaimen koko, sijainti, alueellinen leviäminen ja kasvutapa sekä levinneisyys rintakehän ulkopuolelle. Lisäksi aina, kun epäillään keuhkosityöpää, tehdään keuhkoputkien tähystystutkimus eli bronkoskopia. (Knuuttila 2005, 581–582.) Yskösytologia kolmena peräkkäisenä aamuna voi olla hyödyllinen erityisesti bronkoskopian jälkeen otettuna (Käypä hoito 2008).

Kun arvioidaan potilaan soveltuvuutta radikaaliseen leikkaus- tai sädehoitoon, perustutkimuksia ovat EKG, spirometria- ja diffuusiokapasiteettitutkimukset, sekä tarvittaessa myös valtimoverikaasumittaus (Käypä hoito 2008). Luuston isotooppikuvaus, aivojen magneettikuvaus eli MRI ja aivojen tietokonetomografiatutkimus eivät sen sijaan ole rutiininomaisia tutkimuksia, mutta niitä voidaan tehdä epäiltäessä etäpesäkkeitä. Myös PET-kuvaus eli positroniemissiotomografia voi antaa lisätietoa. (Knuuttila 2005, 581–582.)

2.1.3 Keuhkosyöpäpotilaan sytostaattihoito

Sytostaattihoitoa voidaan käyttää syövän hoidossa tarkoituksena parantaa syöpä, jolloin kaikki syöpäsolut on tuhottu ja eliniänodotus vastaa sellaisen henkilön eliniänodotusta, joka ei sairasta syöpää. Lisäksi voidaan kontrolloida tautia estämällä tai hidastamalla pahanlaatuisen tuumorin kasvua ja siten pitkittää eloonjäämistä. Sytostaatteja voidaan myös käyttää palliatiivisesti eli hoitamalla erilaisia oireita, kuten kipua tai hengenahdistusta, mutta tällöin odotuksena ei ole syövän paraneminen tai sen kontrolliin saaminen. (Dougherty & Bailey 2001, 179.)

Sytostaattien ero muihin lääkkeisiin nähden on siinä, että niiden tehtävänä on tuhota eläviä soluja. Vielä ei ole kehitetty niin selektiivisiä sytostaatteja, että niiden vaikutus kohdentuisi vain syöpäsoluihin eikä myös terveisiin soluihin. Sytostaattien aiheuttamien haittavaikutusten keskeisin syy onkin niiden selektiivisyyden puute. Ominaista sytostaateille on niiden kapea terapeutinen leveys, mikä tarkoittaa sitä, että tehokkaan ja haittavaikutuksia aiheuttavan annoksen ero on hyvin pieni. Tehokkaisiin solunsalpaajahoitoihin liittyy lähes aina merkittäviä haittavaikutuksia ja ilman niitä syöpätauti voidaan harvoin parantaa kokonaan. Eniten haittavaikutuksista kärsivät terveet kudokset, joissa on nopeasti jakautuvia soluja, sillä useimmat solunsalpaajat vaikuttavat juuri näihin jakautuviin soluihin. (Elonen & Järviluoma 1998, 20.)

Sytostaatteja käytetään useiden lääkkeiden yhdistelmähoitoina, harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta. Kun eri sytostaatteja annetaan samanaikaisesti tai sopivasti jaksotettuina, pyritään näin tavoittamaan eri jakautumisvaiheessa olevia syöpäsoluja, jotka ovat lääkevaikutukselle herkässä vaiheessa. Samalla pyritään vähentämään haittavaikutuksia ja lääkeresistenssin kehittymisen vaaraa. Valtaosa sytostaateista on toksisia luuytimelle ja leukopenia on usein annoksien suurentamista rajoittava tekijä. Tämän vuoksi moniin yhdistelmähoitoihin on lisätty vain vähän luuydintä suppressoivia lääkkeitä. Jaksottaisen hoidon ideana on, että luuydin, suun ja suolen limakalvot sekä muut herkat kudokset saavat aikaa toipua sytostaatin haitallisesta vaikutuksesta ennen seuraavaa hoitoa. Useissa syöpätaudeissa paras hoitotulos on saavutettavissa, kun yhdistetään eri hoitomuotoja sopivalla tavalla ajoitettuna, kuten leikkausta, sädehoitoa, sytostaattihoitoa ja tietyissä syövässä myös hormonihoitoa ja immunologista hoitoa. (Elonen & Järviluoma 1998, 58–59.)

Sytostaattien annostelu riippuu aina hoidon tavoitteesta. Jos pyrkimyksenä on *kuratiivinen* eli parantava hoito tai pitkäaikaisremissio, sytostaattien annostelussa pyritään mahdollisimman suureen siedettävään annokseen. Jotkut syöpätaudit reagoivat huonosti hoitoon ja tällöin sytostaattiannoksen lisääminenkin ei paranna hoitotulosta. Tällaisissa syöpätaudeissa hoito on *palliatiivista* eli oireita lievittävää. Jos sytostaattihoitoon tiedetään olevan täysin tehontota, sitä ei tule käyttää lainkaan haittavaikutusten ja suurien kustannusten vuoksi. Haittavai-

kutukset ovat suurin sytostaattien annosta rajoittava tekijä, mutta yhä useammissa syövässä parantuneet tukihoidot ovat mahdollistaneet suuriannoksisen hoidon. (Elonen & Järviluoma 1998, 60–62.)

Definiitiivinen sytostaattihoito on sytostaattihoitoa, jota annetaan sairauden ainoana hoitona. Termiä *pelastava sytostaattihoito* on joskus käytetty ilmaisemaan hoitoa, jota on annettu potilaille, joiden sairaus on uusiutunut aikaisemmin onnistuneen toisentyyppisen hoidon jälkeen, kuten esimerkiksi leikkauksen tai sädehoidon. (Dougherty & Bailey 2001, 179.) *Adjuvanttihoidolla* tarkoitetaan sytostaattihoitoa, jota annetaan leikkauksen tai sädehoidon jälkeen tarkoituksena eliminoida niin paljon jäljellä olevia syöpäsoluja tai mikrometastaaseja kuin mahdollista (Elonen & Järviluoma 1998, 59; Dougherty & Bailey 2001, 179). *Neoadjuvanttihoidolla* taas tarkoitetaan sytostaattihoitoa, jota annetaan sädehoitoa ajatellen liian laajalle levinneen tai leikkauskelvottoman syövän hoitoon. Hoidon pyrkimyksenä on pienentää tuumori niin pieneksi, että se voidaan hoitaa paikallisesti joko operatiivisesti tai sädehoidolla. (Elonen & Järviluoma 1998, 59.)

Kun arvioidaan sytostaattihoidon tehokkuutta syövän hoidossa, on huomattavan vaikeaa määritellä parantumista luotettavasti. Monet tutkimuskokeet käyttävät kokonaiselinaikaa hoidon tehokkuuden mittarina. Tarvitaan objektiivisia kriteereitä, jotka pohjautuvat tuumorin välittömään reaktioon ja potilaan psykologiseen tilaan, jotta voidaan arvioida hoidon vaikutuksia. Potilaiden luomat omat merkitykset ja pohdiskelut ovat myös erittäin arvokkaita klinikoille ja ne myös usein auttavat potilasta ymmärtämään omaa sairauttaan ja hoitoaan. Toimintakyvyn mittareita käytetään joskus arvioimaan hoitovastetta. (Dougherty & Bailey 2001, 179–180.)

Sytostaattihoito on systeemistä hoitoa, joka voi tuottaa suuren määrän erilaisia sivuvaikutuksia kehossa. Nämä vaikutukset riippuvat käytetystä lääkkeestä tai lääkeyhdistelmästä, annoksesta, lääkkeiden annosteluajankohdasta ja annostelureitistä. Potilaiden lääketieteellisellä ja sairaanhoidollisella arvioinnilla ja ennen sytostaattihoidon aloitusta tehdyillä tutkimuksilla on kolme pääasiallista tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on määritellä jokaisen henkilön fyysinen kunto, mukaan lukien ravitsemuksen tila, munuaisten-, maksan- ja sydämen toiminta, luuydinvara (bone marrow reserve) ja suorituskyky. Lisäksi pyritään ratkaisemaan mahdollisia ongelmia ja tunnistamaan potilaat, joilla on riski erityisiin lyhyen- tai pitkän aikavälin myrkytyksiin. Toisena tavoitteena tulee määrittää henkilön syövän laajuus, jotta hoitovastetta voidaan myöhemmin verrata lähtötasoon. Kolmanneksi on laskettava oikea lääkkeen tai lääkkeiden annos, välttäen turhia myrkytysriskejä. Lääkeannos määräytyy usein kehon pinta-alasta neliömetreissä ja se lasketaan pituudesta ja painosta. Nämä tiedot ja potilaiden omat kuvaukset heidän normaalista toimintakyvystään auttavat sekä lääkäreitä että sairaanhoitajia suunnittelemaan sytostaattihoidojen toteuttamista turvallisesti, joko ehkäisemällä tai minimoimalla fyysisistä kipua ja epämukavuutta. (Dougherty & Bailey 2001, 201.)

Tehokkaiseen sytostaattihoitoihin liittyy usein merkittäviä haittavaikutuksia, joita ovat neutropenia, trombosytopenia, suun limakalvon vauriot, ripuli, pahoinvointi ja hiusten lähtö. Syöpätautia voidaan hyvin harvoin kokonaan parantaa tai saavuttaa remissio eli oireiden lieveneminen ilman näitä haittavaikutuksia. Monet sytostaatit ovat myös teratogeenisiä eli epämuodostumia aiheuttavia. Infektioherkkyyden lisääntyminen koskee kaikkia sytostaatteja ja se on akuutti haittavaikutus. (Elonen & Järviluoma 1998, 83–85.) Sytostaattien aiheuttamat haittavaikutukset voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan niiden alkamisajankohdan mukaan. Välittömät haittavaikutukset ilmaantuvat kolmenkymmenen minuutin sisällä hoidon alkamisesta. Lyhyen aikavälin haittavaikutukset ilmaantuvat 3–7 päivän aikana hoidon alkamisesta ja pitkän aikavälin haittavaikutukset, jotka ovat usein kasaantuvia, ilmaantuvat seitsemännen päivän jälkeen. (Dougherty & Bailey 2001, 201.)

Haittavaikutusten arviointi on usein vaikeaa, koska kliininen tilanne on monimutkainen. Haittavaikutuksilta vaikuttavat oireet voivat myös olla perussairauden, infektion tai jonkin muun lääkkeen aiheuttamia. Hoitotulos huononee, jos tehokkaita hoitoja vähennetään liiallisen haittavaikutusten pelossa. Toisaalta vaikeita haittavaikutuksia ei tule myöskään sietää tilanteessa, jossa sytostaattihoidolla ei voida saavuttaa hyvää hoitotulosta. (Elonen & Järviluoma 1998, 83.)

Keuhkosityöpöpotilaiden sytostaattihoidossa olennaista on, sairastaako potilas ei-pienisoluista vai pienisoluista keuhkosityöpää. Ei-pienisoluinen keuhkosityöpä luokitellaan tiettyihin asteisiin sen levinneisyyden mukaan. Asteet ovat IA & IB, IIA & IIB, IIIA & IIIB ja IV, joka on pahin mahdollinen. (Käypä hoito 2008.) Pienisoluinen keuhkosityöpä luokitellaan joko rajoittuneeksi tai levinneeksi.

Pienisoluisen keuhkosityövän ensisijainen hoito on sytostaattihoito, johon rajoittuneessa taudissa yhdistetään sädehoito. Paikallisen ei-pienisoluisen keuhkosityövän hoidossa käytetään ensisijaisesti leikkausta, jonka jälkeen osa potilaista hyötyy myös liittännäissytostaattihoidosta. Sen sijaan laajemmalle levinneen ei-pienisoluisen keuhkosityövän hoidossa käytetään lääkitystä, palliatiivista sädehoitoa tai oireenmukaista hoitoa. (Käypä hoito 2008; Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen onkologiyhdistys ry 2001.)

Jos potilas sairastaa ei-pienisoluista asteen IV- keuhkosityöpää, sytostaattihoidolla voidaan lievittää hyväkuntoisten potilaiden oireita, parantaa heidän elämänlaatuaan ja pidentää mahdollisesti elinaikaa. Tekijät, jotka tulee hoidon valinnassa ottaa huomioon, ovat potilaan ikä, muut sairaudet ja suorituskyky (WHO:n suorituskykyluokitus 0–4, jossa 4 tarkoittaa täysin toimintakyvyttöä potilasta). Näistä potilaista sytostaattihoitoa saaneiden keskimääräinen elinaika on ollut 8–10 kuukautta ja vuoden eloonjäämisosuus 30–40 prosenttia. Ilman syto-

staattihoitoa näiden potilaiden keskimääräinen odotettavissa oleva elinaika on 4–5 kuukautta ja eloonjäämisosuus vuoden kuluttua vain 10 prosenttia. Jos tauti edelleen etenee, toisen linjan hoitoa voidaan suositella niille, joiden toimintakyky on vielä hyvä. (Käypä hoito 2008; Mali 2007.)

Solunsalpaajia annetaan kuureissa 3–4 viikon välein 4–6 kertaa. Toisen tai kolmannen kuurin jälkeen voidaan havaita mahdollinen kasvaimen pieneneminen ja myös oireiden lievittyminen on tällöin havaittavissa. Silloin voidaan arvioida, onko hoidosta ollut hyötyä ja kannattaako sitä jatkaa. (Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen onkologiyhdistys ry 2001.)

Pienisoluinen keuhkosityöpä lähettää etäpesäkkeitä varhaisessa vaiheessa ja se myös kasvaa nopeasti. Ilman hoitoa keskimääräinen elinaika on vain 1,5–3 kuukautta taudin levinneisyyden mukaan. Tässä syöpätyypissä sytostaattihoito on keskeinen hoitovaihtoehto siitä huolimatta, kuinka levinnyt tauti on. Rajoittuneessa taudissa hoitovaste saadaan 60–90 prosentilla potilaista ja täydellinen vaste 40–70 prosentilla potilaista. Tästä huolimatta keskimääräinen elinaika on kuitenkin vain 12–20 kuukautta ja potilaista vain 6–12 prosenttia elää yli viisi vuotta. Levinneessä taudissa hoitovaste saadaan sen sijaan 40–70 prosentille potilaista ja heillä keskimääräinen elinaika on 7–11 kuukautta. Näistä potilaista alle viisi prosenttia elää kaksi vuotta. Levinneessä taudissa kahden tai kolmen sytostaatin yhdistelmä lisää elinaikaa. (Käypä hoito 2008.)

Sytostaattihoitoa arvioidaan noin kahden kuukauden välein, koska hoitoihin liittyy hyvin usein huomattavia sivuvaikutuksia ja myöskään tehottoman hoidon jatkaminen ei ole potilaan edun mukaista. Usein ensimmäinen merkki hoidon tehosta on keuhkosityövän oireiden väheneminen. Erityisesti seurattavia oireita ovat hengenahdistus, veriyskökset, yskä, kipu, uupumus, laihtuminen, ruokahaluttomuus ja pahoinvointi. Näiden oireiden seuraamisessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi kivun arvioinnissa käytettävää VAS-mittaria. (Käypä hoito 2008.)

Toisen linjan hoito tulee aina harkita potilaskohtaisesti ja se riippuu ensimmäisen vasteen laajuudesta ja kestosta, hoidosta jääneistä haittavaikutuksista ja potilaan suorituskyvystä. (Käypä hoito 2008.)

2.2 Potilasohjaus hoitotyössä

2.2.1 Potilasohjaukseen liittyvät lait

Hoitotyössä potilasohjauksen tarpeen määrittelevät potilaan lisäksi lait ja suositukset. Potilasohjausta ohjaavat esimerkiksi Suomen perustuslaki, kuntalaki, muu terveyttä ja hyvinvointia koskeva lainsäädäntö, ammattihenkilöitä koskeva lainsäädäntö, laki potilaan asemasta ja

oikeuksista ja muut potilaan ohjausta sivuavat lait. Potilasohjauksen kannalta lait eivät määrittele ohjauksen periaatteita vaan ne määrittelevät terveyteen liittyviä yleisiä perustehtäviä. (Kyngäs ym. 2007, 13–14.)

Suomen perustuslaki ja kuntalaki linjaavat hyvinvointitehtäviä. Perustuslaki määrittelee kansalaisten perusoikeudet, joita ovat muun muassa yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, sivistykselliset oikeudet, oikeus omaan kieleen, kulttuuriin, työhön ja sosiaaliturvaan. (Suomen perustuslaki 1999.) Kuntalaki velvoittaa kunnan edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä (Kuntalaki 1995). Kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolaisissa ohjaus käsittää kuntalaisten terveysneuvonnan, terveys-tarkastukset, neuvonnan, hoidon, lääkinnällisen kuntoutuksen, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminnan (Erikoissairaanhoitolaki 1989, Kansanterveyslaki 1972). Perustuslain, kuntalain, kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolain sisältö voidaan liittää asiakastyöhön, jossa on kyse palvelujen määrän, riittävyyden ja järjestämisen ohella laadusta (Kyngäs ym. 2007, 15).

Toukokuussa 2011 tulee voimaan uusi terveydenhuoltolaki, jossa yhdistyvät kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset. Uuden terveydenhuoltolain tavoitteena on parantaa asiakkaiden asemaa, palveluita ja hoitoa. (STM 2010.) Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lisäksi pyrkimyksenä on kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (Terveydenhuoltolaki 2011.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeuden hoitoon pääsyyn, oikeuden saada tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma sekä tiedonsaanti- ja itsemäärämis-oikeuden (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Potilaan ohjausta säätelevät erityisesti tiedonsaanti- ja itsemäärämis-oikeus. Tiedonsaantioikeuden mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Potilaan itsemäärämis-oikeus liittyy kohteluun ja yhteiseen suunnitteluun. (Kyngäs ym. 2007, 16–17.)

Laki määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääräksi terveyden ylläpitämisen ja edistämisen, sairauksien ehkäisemisen sekä sairaiden parantamisen ja heidän kärsimystensä lievittämisen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on osattava soveltaa

yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä menettelytapoja. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ottaa huomioon ammattitoiminnasta koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.) Potilaalle koituvaa hyötyä lisäävät hänen osallistumisensa ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi (Kyngäs ym. 2007, 17).

2.2.2 Potilasohjauksen tavoitteet

Potilasohjauksen merkitys korostuu hoitotyössä jokaisen potilaan kohdalla. Suunnitelmallista potilasohjausta toteutetaan erilaisissa ohjaustilanteissa sekä tukemassa potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Potilasohjauksen tavoitteena on tukea potilasta löytämään omat voimavarat, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hoitoaikojen lyheneminen kasvattaa myös potilasohjauksen merkitystä, sillä ohjauksellekin jää vähemmän aikaa. Potilasohjausta tulisikin tehostaa esimerkiksi näyttöön perustuvien ohjaustapojen avulla. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Tässä opinnäytetyössä potilasohjauksella tarkoitetaan ohjausta, jota sairaanhoitaja antaa sytostaattihoitoa saavalle keuhkosityöpöpotilaalle yhdessä lääkärin ja muiden ammattiryhmien kanssa. Opinnäytetyön ohjausprosessi on rajattu alkamaan siitä, kun potilaasta saapuu lähete Keuhkosairauksien klinikalle, jolloin ohjauksen suunnittelu aloitetaan. Ohjausprosessi päättyy sytostaattihoitojen jälkeen, kun potilas siirtyy jatkohoitoon (liite 5).

Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan omia voimavaroja, joiden avulla selviytyä sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaan voimavarojen lisäämistä voidaan tarkastella useammasta näkökulmasta, joita ovat biofysiologinen (esimerkiksi kipu, pahoinvointi, uupumus), toiminnallinen (esimerkiksi liikkuminen, ravitsemus, ihon hoito), tiedollinen (esimerkiksi sairauden tai hoidon kuvaus), sosiaalinen (esimerkiksi miten sairaus vaikuttaa arkipäivään, omaisten huomiointi), eettinen (esimerkiksi oikeudet), kokemuksellinen (esimerkiksi pelko ja huoli omasta tilanteesta) ja taloudellinen (esimerkiksi sosiaalietuudet) näkökulma. (Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2010, 6–8; Salanterä ym. 2005, 218.)

Potilasohjauksessa vuorovaikutuksen merkitys on suuri. Onnistuneessa potilasohjauksessa vuorovaikutus on kaksisuuntaista, mikä edellyttää sairaanhoitajan ja potilaan tasa-arvoista ja taustatekijät huomioivaa suhdetta. Vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen liittyy luottamuksellisuus, jonka kehittymiseen sairaanhoitaja voi vaikuttaa kuuntelemalla potilasta, ottamalla potilaan mukaan hoidon suunnitteluun, antamalla palautetta sekä valitsemalla yhteistyötä tukevia ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8–9.)

Onnistuneella potilasohjauksella voidaan vaikuttaa potilaiden ja omaisten terveyteen sekä sitä edistävään toimintaan. Potilasohjauksen tarkoituksena on edistää potilaan luottamusta ja

sitoutumista hoitoon huomioimalla potilaan taustatekijät. Potilasohjaus on potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyötä, jossa korostuvat potilaan oma vastuu oppimisesta ja valinnoista sekä molempien osapuolien asiantuntijuus. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, sairaanhoitaja taas ammatillisen ohjausprosessin. Ohjauksessa tulisi pyrkiä tavoitteelliseen toimintaan potilaslähtöisesti, mikä edistää potilaan hoitoon sitoutumista ja tyytyväisyyttä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–9.)

Leino-Kilven ym. (1999) mukaan voimavaraistumista tukevalla potilasohjauksella voidaan edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea potilasta hoidon aikana. Voimavaraistumista tukevassa potilasohjauksessa on tärkeää potilaan aktiivinen rooli tiedonkäsittelijänä. (Eloranta ym. 2010, 5.) Elorannan ym. (2010, 4–10) tutkimuksen mukaan voimavaraistumista tukevia osa-alueita, joita olivat biofysiologinen, toiminnallinen ja sosiaalinen, käsiteltiin hyvin sairaanhoitajien arvioimana. Sen sijaan kokemuksellista ja taloudellista osa-aluetta tarkasteltiin niukemmin. Eniten puutteita löytyi eettisestä osa-alueesta kuten potilaan oikeuksien kertomisesta. Samaan tulokseen päädytään myös Salanterän ym. (2005, 217–228) tutkimuksessa, joka koski kirjallisen potilasohjauksen arviointia.

Edellisten tutkimusten tulosta vahvistaa Heiskasen (2005) sekä Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2004) tutkimukset potilaiden näkökulmasta. Heiskasen (2005, 59–67) mukaan esimerkiksi MS-potilaat kokivat tarvitsevänsä enemmän emotionaalista tukea kuin mitä he kokivat saaneensa hoitotyöntekijöiltä. Tutkimusten mukaan potilaat tarvitsivat emotionaalista tukea lievittääkseen pelkoja ja epävarmuutta. Emotionaalisella tuella potilaat tarkoittivat tiedon antamista, potilaan arvostamista ja omatoimisuuden edistämistä. Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2004, 50–59) mukaan pelkoja ja epävarmuutta vähensivät sisäiset voimavarat kuten luottamus, usko ja toivo. Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2004, 57) tutkimuksessa voimavaroja tukeva tiedon antaminen oli tärkeää vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Heiskasen (2005, 66) tutkimus tukee tätä tulosta, sillä hänen tutkimuksessaan suurinta tuen tarve oli voimavarojen vahvistamisessa.

Rankinen (2008, 6–7) määrittelee voimavaraistumisen ajattelu- ja toimintakokonaisuudeksi, jonka avulla yksilöt ja yhteisöt hallitsevat elämäänsä ja toimintaansa. Voimavaraistumista ei voida antaa potilaalle, mutta potilaan voimavaroja voidaan vahvistaa ohjauksella annettavan tiedon avulla, mikä ilmenee myös Koivulan ja Åstedt-Kurjen (2004) sekä Heiskasen (2005) tutkimuksista. Tällöin puhutaan tiedollisesta voimavaraistumisesta, mikä tarkoittaa sitä, että potilas on tietoinen terveydentilastaan ja hoidoistaan ja ymmärtää hänelle annettavan tiedon. Syöpäpotilaan ohjauksessa haasteena ovat oikea-aikainen ohjaus hoidon eri vaiheissa, riittävän tiedon antaminen, tutkimustiedon ja potilaiden tiedollisten odotusten jatkuva arviointi sekä tutkimustiedon käyttöönotto. (Rankinen 2008, 6–7.)

Potilasohjauksen määrittelyssä keskeisiä käsitteitä ovat potilaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta (Kyngäs ym. 2007, 25; Kääriäinen 2008, 12–13). Ohjaukselle on ominaista, että ohjauksessa lähdetään aina jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista, ja lopulta päädytään toisenlaiseen, erilaiseen tilanteeseen kuin ohjauksen alkuvaiheessa. Potilasohjauksen lähtötilannetta ei useinkaan arvioida riittävästi, jolloin ohjauksella ei pystytä vastaamaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Kyngäs ym. 2007, 27.) Toimivan ohjaussuhteen ja vuorovaikutuksen edellytyksenä on molempien osapuolien aktiivinen osallistuminen hoitoon. Tavoitteellinen toiminta ilmenee siten, että tavoitteet sisältävät myös potilaan näkemyksen hoidosta, mikä osaltaan edistää hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumistaan hoitoon. (Kääriäinen 2008, 12–13.)

Ohjaukseen vaikuttavat resurssit, riittävyys sekä muut ympäristöön liittyvät taustatekijät joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Tärkein potilasohjaukseen vaikuttava ympäristöön liittyvä taustatekijä on kuitenkin huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. Potilasohjauksen onnistumista eniten haittaavat keskeytykset sekä asianmukaisten tilojen puute. Myös psyykkisellä ilmapiirillä on merkittävä osuus potilasohjauksen onnistumisen kannalta. Esimerkiksi kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen sekä potilaan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen laatuun. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

Miettusen (2008) pro gradu-tutkielman tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Tutkimukseen osallistui kaiken kaikkiaan 11 potilasohjauksen asiantuntijasairaanhoitajaa, jotka vastasivat tutkijan avoimiin kysymyksiin omin sanoin. Potilasohjauksen lähtökohdat, potilasohjaus yhteistyönä ja potilasohjaus osana hoitotyötä muodostivat yläluokat sairaanhoitajien käsityksistä potilasohjauksesta. Näiden yläluokkien alaluokkia ovat muun muassa periaate-, tarve- ja tavoitelähtöisyys, lähihyteisöllinen ja työyhteisöllinen yhteistyö sekä ihanteellinen ja todellinen ohjaus.

Sairaanhoitajien kokemuksia potilasohjauksesta tarkasteltiin kolmen osa-alueen kohdalla. Näitä olivat ohjaukseen osallistujat, ohjauksen sisällöt ja ohjauksen menetelmät. Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna kehitettäessä potilasohjauksen suunnittelua ja toteutusta. Lisäksi niitä voidaan hyödyntää työyhteisön potilasohjauksen kehittämistarpeissa kuten myös yksittäisten sairaanhoitajien itsensä kehittämisessä. (Miettunen 2008.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu ja Keski-Suomen keskussairaala toteuttivat yhteistyössä projektin, jonka tavoitteena oli kehittää potilasohjausta voimavaralähtöiseen suuntaan. Projektissa neuvontakeskustelujen voimavarakeskeisyyttä arvioitiin seuraavien osa-alueiden osalta: keskusteluodotuksen virittäminen, yksilöllinen tiedon ja neuvojen tarjoaminen, reflektion herättäminen, positiivisen ilmapiirin rakentaminen, potilaan terveyteen liittyvän kompetenssin kunnioittaminen ja esiin tuominen sekä potilaan assertiivisuus eli kysyminen, avautuminen

ja keskeyttäminen. Tutkimustulosten perusteella voimavarakeskeisyys toteutui parhaiten keskusteluodotusten virittämisen ja positiivisen ilmapiirin rakentamisen osalta, kun taas eniten kehittämisen varaa oli yksilöllisen tiedon ja neuvojen tarjoamisessa, potilaan reflektion mahdollistamisessa ja assertiivisuudessa. Tulosten mukaan hoitajien ja potilaiden arviot neuvontakeskusteluiden voimavarakeskeisyyden osa-alueiden toteutumisesta olivat samansuuntaisia. Voimavarakeskeisissä neuvontakeskusteluissa sairaanhoitajien vahvuudeksi katsottiin tunnetyö sekä tiedon antaminen. Sen sijaan eniten kehittämistä ja huomiota vaatii potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006, 19–20.)

2.2.3 Potilasohjauksen menetelmät

Potilaalle sopivien ohjausmenetelmien valinta edellyttää ohjausta antavalta henkilöltä tietämystä potilaan oppimistavoista ja ohjauksen päämäärästä. Tutkimusten mukaan potilaat muistavat 75 % näkemästään ja 10 % kuulemastaan. Sen sijaan, kun potilaan kanssa työskennellessä aktivoidaan sekä näkö- että kuuloaisti, potilaat muistavat jopa 90 % käydyistä asioista. Tämä tukee sitä käsitystä, että ohjaustilanteissa tulisi käyttää useita erilaisia ohjausmenetelmiä, joilla varmistetaan, että potilas varmasti ymmärtää annetun ohjauksen. Kullakin potilaalla on omat ominaiset omaksumistapansa, joita sairaanhoitajan tulisi kartoittaa antaakseen yksilöllistä, potilaslähtöistä ohjausta. Erilaisista omaksumistavoista huolimatta on syytä muistaa, että potilas kykenee ottamaan vastaan tietoa vain rajallisen määrän, minkä takia annetun ohjauksen kertaaminen on tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Ohjausmenetelmistä käytetyin on yksilöohjaus, jota annetaan usein suullisesti. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen. Potilaan oppimisen kannalta yksilöohjaus on tehokkain menetelmä, koska ohjaustilanteessa voidaan edetä täysin potilaan voimien ja voimavarat huomioiden. Sairaanhoitajan kannalta yksilöohjaus vaatii aikaa ja suunnitelmallisuutta. Suullisen yksilöohjauksen lisäksi yksilöohjauksen toteutustapoja ovat kirjallinen materiaali, sähköiset kanavat ja demonstrointi. (Kyngäs ym. 2007, 74–89; 122–131.)

Ryhmäohjausta käytetään eniten yksilöohjauksen ohella. Ryhmäohjauksen etu verrattuna yksilöohjaukseen on yhteiskunnan kannalta taloudellisuus sekä yksilön kannalta vertaistuki, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamista. Tästä johtuen toisinaan ryhmäohjaus saattaa olla yksilölle tehokkain ohjausmenetelmä. Ryhmäohjaus edellyttää sairaanhoitajalta ryhmäilmiöiden ja -dynamiikan ymmärtämistä, ryhmäprosessin hahmottamista sekä ryhmätyömenetelmien tuntemista. Ryhmäohjauksen toteutustapoja ovat tiedollinen, toiminnallinen ja kirjallinen ohjaaminen. (Kyngäs ym. 2007, 104–116; 122–131.)

Yksilö- ja ryhmäohjauksen lisäksi yhtenä ohjausmenetelmänä käytetään audiovisuaalista ohjausta, johon kuuluvat puhelinohjaus, videot ja äänikasetit, tietoverkot, joukkoviestintä, kirjalliset ohjeet sekä demonstraatio. Audiovisuaalisen ohjauksen tavoitteena on selvittää väärinkäsityksiä ja kerrata jo aikaisemmin yksilö- tai ryhmäohjauksessa käytyjä asioita. Yhteistä kaikille audiovisuaalisille ohjausmenetelmille on erilaisten teknisten laitteiden hyödyntäminen ohjauksessa, mikä kuitenkin asettaa omat haasteensa ohjauksen toteutukselle esimerkiksi silloin, kun potilailla on rajalliset mahdollisuudet käyttää tekniikkaa kotona. Puhelinohjauksen avulla potilas voi hakeutua hoitoon, hakea ohjeita ja seurata hoitoaan. Videot ja äänikasetit ohjausmenetelminä soveltuvat hyvin potilaille, joiden on vaikea lukea kirjallista ohjausmateriaalia. Joukkoviestinnällä tarkoitetaan radio- ja televisiokanavia, sähköpostia, Internetiä ja matkapuhelimia. Näiden ohjausmenetelmien hyödyntäminen mahdollistaa välittömän vuorovaikutuksen. Demonstraatiolla tarkoitetaan puolestaan näyttämällä oppimista, joka käsittää joko havainnollisen esittämisen tai harjoittelun. Demonstraatio sopii ohjausmenetelmäksi silloin, kun potilaalle opetetaan motorisia taitoja kuten injektion pistämistä. (Kyngäs ym. 2007, 116–131.)

2.3 Potilasohjauksen prosessikuvaus

2.3.1 Potilasohjaus prosessina

Potilasohjaus on potilaan ja sairaanhoitajan välistä tavoitteellista toimintaa, joka onnistuakseen edellyttää potilaalta ja sairaanhoitajalta tiettyjä valmiuksia. Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaan odotetaan olevan aktiivinen, vastuullinen, motivoitunut ja tavoitteellinen sekä omaavan ongelmanratkaisukykyä. Sairaanhoitajalta sen sijaan edellytetään riittävää tieto- ja taito-osaamista ohjauksesta, ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutuksellisen ohjaussuhteen tarkoituksena on lisätä potilaan voimavaroja. (Järvikoski 2000, 246; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27.)

Potilasohjaus on prosessi, joka koostuu kolmesta osa-alueesta. Näitä ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaan rooli koko hoidon aikana korostuu. Suunnitteluvaiheessa potilaan taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005.) Järvikosken (2000, 253–256) mukaan suunnitteluvaihe koostuu tilanteen analyysistä ja tavoitteiden asettamisesta. Suunnitteluvaiheessa sairaanhoitajan tulisi kiinnittää huomiota potilaan sairauksiin, aikaisempiin hoitoihin ja niihin liittyviin kokemuksiin. Tavoitteiden asettaminen tulisi tehdä yhdessä potilaan kanssa, jolloin tavoitteet määrittelevät ohjauksen sisällön. (Järvikoski 2000, 253–256.)

Potilasohjausta toteuttaessa korostuu sairaanhoitajan rooli. Onnistuneen ohjauksen toteutuksen edellytyksenä ovat sairaanhoitajan monipuolinen tietämys ohjattavista asioista sekä ohja-

usmenetelmistä ja -tyyleistä. Ohjaustilanteessa keskeisten, tärkeiden asioiden kertaamisella on merkitystä, sillä yleensä ensimmäinen ja viimeinen ohjattava asia jäävät parhaiten mieleen. (Phillips 1999, Kääriäisen, Lahdenperän & Kyngäksen 2005, 28–29 mukaan.) Järvikosken (2000, 253–256) mukaan ohjauksen toteutuksessa tulee kiinnittää huomioita siihen, miten tavoite saavutetaan sekä millaisia ohjausmenetelmiä käytetään.

Arviointi on tärkeä osa potilasohjausprosessia. Arvioinnin tarkoituksena on perehtyä ohjaukseen kartoittamalla potilaan ja sairaanhoitajan toimintaa, toiminnan edellytyksiä ja vaikutusten vertaamista. Olennaista arvioinnin osalta on, että ohjausta voidaan arvioida sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Sairaanhoitaja voi vaikuttaa arviointiin tukemalla potilasta ja antamalla palautetta. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 29.) Potilasohjauksen arvioinnissa voidaan perehtyä siihen, millaisia tuloksia potilas on saavuttanut, mikä on onnistunut potilasohjauksessa ja mikä ei, mitä potilas osaa sekä miten ohjausta voidaan kehittää. Kirjaaminen on tärkeää arvioinnin ja muiden ohjauksen osa-alueiden kannalta. Kirjaaminen tukee sitä, että ohjauksesta tulee suunnitelmallisempaa. Lisäksi kirjausmerkinnöistä on hyötyä uusissa ohjaustilanteissa. (Järvikoski 2000, 253–256.)

Potilasohjaukseen liittyy kiinteästi etiikka. Jotta sairaanhoitaja voi ymmärtää potilaan käyttäytymistä, edellyttää se sairaanhoitajalta eettistä pohdintaa liittyen omiin henkilökohtaisiin ja ammatillisiin arvoihin sekä uskomuksiin ja ennakkoluuloihin. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 30.) Hoitotyön ammattilaisena kannetaan vastuuta ihmisestä ja tehtävästä. Molemmat vastuut edellyttävät tietoa arvoista, etiikasta, terveyteen liittyvistä näkemyksistä, terveydestä, terveysongelmista, auttamismenetelmistä ja niiden tuloksellisuudesta. Vastuiden lisäksi hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet kuten ihmisarvon kunnioittamisen, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen, oikeudenmukaisuuden ja perusteltavuuden periaatteet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 23–25.)

2.3.2 Prosessikuvaus

Prosessi määritellään yhden päämiehen suunnittelemaksi, resursoimaksi tai toteuttamaksi toistuvaksi tapahtumasarjaksi jotakin annettua tarkoitusta varten. Prosessille ominaista on, että se koostuu tapahtumista tai asioista, joita yhdistää jonkinlainen etenemisen logiikka. Eriasteiset osaprosessit muodostavat varsinaisen prosessin. Prosessi voidaan jakaa lisäksi ydinprosessiin ja sitä tukeviin tukiprosesseihin. Esimerkiksi sairaalan ydinprosessi on potilaan hoitoprosessi, kun taas ruokahuolto kuuluu tukiprosessiin. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004, 94–95.)

Prosessin keskeisiä käsitteitä ovat prosessikuvaus, prosessimalli, prosessin omistaja sekä jo aiemmin mainitut ydin-, tuki- ja osaprosessi. Prosessikuvauksella tarkoitetaan prosessimallin

ja siihen kiinnitettyjen toiminto-ohjeiden kokonaisuutta. Prosessimalli on vuokaavio, jossa prosessissa toimijat, yksittäiset prosessiaskalet, prosessin tietovarastot ja prosessin liittymäpinnat muihin prosesseihin on loogisesti yhdistetty. Prosessin omistaja määrittää ydin- tai tukiprosessin nimetyksi vastuulliseksi toimijaksi, jonka tehtävänä on koordinoida omistamansa prosessin kuvausta, käyttöönottoa ja vakiinnuttamista. Koko prosessin tuloksellisuudesta vastaa prosessin omistaja. (Keskisaari-Kajaste ym. 2007, 4–5.) Käytännössä opinnäytetyön prosessikuvauksen prosessin omistaja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Hyvä prosessikuvaus vastaa kysymyksiin mitä tehdään, milloin tehdään, kuka tekee ja miten tekee. Prosessikuvauksessa tulisi huomioida käytettävissä olevat resurssit sekä aika ja paikka. Samoin se antaa vanhoille työntekijöille mahdollisuuden kerrata sovittuja asioita ja uusille työntekijöille perehdytyksen. Prosessikuvaus voidaan toteuttaa erilaisilla tavoilla kuten hierarkkinen malli, vuokaavio, muistilista, toimijalista tai peräkkäisten tapahtumien ja toimijoiden kuvaus. Prosessikuvaukset lisääntyvät, mikäli ne ovat helposti saatavilla, ne pidetään ajan tasalla, niiden antama hyöty tulee yhä ilmeisemmäksi ja niiden noudattaminen varmistetaan. (Winell 2007.)

Yhteistä kaikille prosessin määritelmille on jonkinlainen oletus jatkuvuudesta ja toistosta (JUHTA 2008; Lillrank ym. 2004). Lillrank ym. (2004, 94–95) mukaan prosessi voi olla olemassa ilman, että kenelläkään on totuudenmukaista käsitystä sen toiminnasta. Tämän takia prosessit pitää määritellä, kuvata ja mallintaa, jotta niitä voidaan tarkastella kriittisesti ja järkeistää. Prosessi määritetään, jotta samanlaisia asioita voitaisiin hoitaa samalla tavalla jokaisella kerralla. Opinnäytetyön prosessikuvauksessa tämä ilmenee potilasohjauksen kartoittamisena.

Prosessien mallintamisen hyötyjä ovat kasvun ja kannattavuuden tuki, saavutettu parempi asiakastyytyväisyys pienemmillä kustannuksilla, henkilöstön motivaation parantuminen vastuunjaon ja toimintaohjeiden selkiytyttyä, mahdollisuus vastata toimintaympäristön muutoksiin, analysoidun tiedon avulla jatkuva kehittäminen sekä tehokas kommunikointi ja oppiminen. Vaikka prosesseja tuotetaan ja kehitetään paljon, konkreettisten toiminnallisten muutosten aikaansaaminen voi olla vaikeaa. (QPR Software Oyj 2008.)

Parhaimmillaan prosessit alkavat asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen. Prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan ja mietitään, millä tavoin ne voidaan tyydyttää. Prosessi käynnistyy aina asiakkaan tarpeen ilmaisuista. (Laamanen 2007, 21–22.) Prosessijohtamisessa asiakaslähtöisyys on tärkeää, mikä ilmenee etenkin prosessijohtamisen kehittämisessä. Organisaation kannattaa luoda ydinprosesseista muodostuva prosessikartta, josta pystytään priorisoimaan kehittämiskohteet ja sen jälkeen vahvistamaan yhteinen mallinnustapa niiden kuvaamista varten. Prosessien mallintaminen on muutakin kuin vain vuoka-

vioiden piirtämistä. Mallintamisen jälkeen prosessi annetaan sovituille henkilöille kommentteja varten, jonka jälkeen prosessikuvaukseen tehdään korjaukset ja toteutetaan prosessikuvaukseen liittyvät kehitysideat ja -tarpeet. Valmiissa prosessikuvauksessa tulisi olla mukana mittarit, joiden avulla pystytään seuraamaan sekä prosessin suorituskykyä että muutoksia toimintaympäristössä. Mittareiden avulla pystytään esimerkiksi ennakoimaan tulevia muutostarpeita sekä löytämään mahdollisia pullonkauloja prosesseissa. (QPR Software Oyj 2008.)

Aaltosen ym. (2008, 66–68) mukaan prosessien kuvaamisella ja kehittämisellä pyritään yhdenmukaistamaan ja tehostamaan toimintaa tavoitteellisesti ja läpinäkyvästi. Pelkkä prosessikuvaus itsessään saa aikaan vain verkostoitumista ja pienimuotoista kehittämistä ilman toimintaa kuvaavia mittareita. Prosessikartat eivät ole yleisesti käytössä terveydenhuollon organisaatioissa. Eräs syy voi olla se, että prosessien mittaaminen on erittäin haastavaa terveydenhuollossa. Prosessikuvauksissa riittää haasteita. Esimerkiksi prosessikuvaukset eivät ole yhdenmukaisesti ja tavoitteellisesti johdettuja, ne eivät ole aktiivisessa tuotanto- ja johtamiskäytössä, tietojen analysointi ja hyödyntäminen on vähäistä sekä mittarien tunnistamiselle, valinnalle ja kehittämiselle ei vakioituja käytäntöjä.

Prosessikuvausten edellytyksenä voidaan pitää sitä, että organisaatioissa otetaan käyttöön prosessijohtaminen. Prosessiajattelu ja kehittämistoiminta viedään kentälle. Prosessiajattelun ja -kuvausten hyödyntämisen esteenä voivat olla johtajien ja henkilöstön sitoutumattomuus, pitkäjänteisyyden puute, päätöksenteon suuri sisäinen riippuvuus, terveydenhuollon organisaatioiden moniportaisuus, kehityshankkeiden koordinoimattomuus sekä hyvien käytäntöiden esiintuonnin ja levittämisen puute. Mittaritietojen puutteellisuus lienee suurin vaikuttaja siihen, etteivät prosessikuvausten tulokset realisoidu. (Aaltonen ym. 2008, 69–70.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Ihannesairaala-hankkeen loppuraportista ilmenee, että HUS:ssa on tehty prosesseista muodostuva prosessikartta, jota hyödynnetään strategisessa johtamisessa. Prosesseille on sovittu tavoitteet ja mittarit, joiden avulla pyritään kehittämään toimintaa tehokkaammaksi ja laadukkaammaksi sekä laadullisissa että määrällisissä prosessikuvauksissa. HUS käyttää prosessikuvauksia työnohjaamisessa, kehittämisessä ja toiminnan johtamisessa. Prosessien tuloksellisuus voidaan havaita strategian toteutumisena kuten myös toiminnan laadun ja turvallisuuden paranemisena. (Aaltonen ym. 2008, 70–71.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin prosessikuvaukset perustuvat HUS Laatuneuvoston prosessijaoston määrittelemiін tavoitteisiin, joita ovat muun muassa prosessikartan luominen prosessikuvausten avulla sekä toiminnan muutokset niiden avulla. Prosessikuvausten havainnollistamisessa käytetään HUS:ssa QPR Process Guide -tietokoneohjelmistoa, jota käytetään myös opinnäytetyön teossa. Prosessien kuvaamisessa on syytä kiinnittää huomiota prosessin

rajaukseen ja mallintamiseen sekä prosessikuvauksen arviointiin, jotta halutut tavoitteet saavutetaan mahdollisimman hyvin. (Keskisaari-Kajaste ym. 2007, 3; 18.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksesta prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikalle. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausta.

Tutkimuskysymykset, joihin opinnäytetyössä pyritään vastaamaan, ovat:

1. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjaukseen?
2. Millainen on sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessi?
 - a) Miten ohjausta suunnitellaan?
 - b) Miten ohjausta toteutetaan?
 - c) Miten ohjausta arvioidaan?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Eskolan ja Suorannan (2000, 13) mukaan kvalitatiivista tutkimusta on usein määritelty sen mukaan, mitä se ei ole ja sitä on verrattu kvantitatiiviseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä ovat heidän mukaansa muun muassa aineistonkeruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyylilaji ja tulosten esitystapa, tutkijan asema ja narratiivisuus. Hermeneutiikasta, fenomenologiasta ja analyyttisestä kielifilosofiasta on jossain määrin saatu lähtökohtia laadullisen tutkimuksen perusajatuksille. (Eskola & Suoranta 2000, 15; 25.)

Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, ja kohdetta pyritäänkin kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tästä syystä opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin juuri laadullinen tutkimus, sillä tutkittavasta aiheesta, sytostaattihoitoa saavien keuhkosityöpöpotilaiden ohjauksesta, haluttiin saada mahdollisimman laaja ja kattava kuvaus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä, kun taas kvantitatiivisessa eli

määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 135; 161.)

Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedonkeruun välineenä. Tyypillistä on myös induktiivisen analyysin käyttö, jolloin tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Teorioiden ja hypoteesien testaamisen sijasta halutaan tarkastella aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein aineiston hankinnassa metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Muun muassa teemahaastattelu, ryhmähaastattelut ja osallistuva havainnointi ovat yleisesti käytettyjä. Lisäksi tyypillistä laadulliselle tutkimukselle on, että kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä käytetä satunnaisotantaa. Opinnäytetyöhön haastateltavat henkilöt valittiin Keuhkosairauksien klinikan osaston 6A ja keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitajien ehdotusten ja työkokemuksen perusteella. Tutkimussuunnitelmaa ei laadullisessa tutkimuksessa tarvitse orjallisesti noudattaa, vaan se muotoutuu tutkimuksen edetessä olosuhteiden mukaan. Laadullisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Hirsjärven ja Hurmeen (2006, 34) mukaan haastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruumuodoista ja etenkin vapaamuotoisten ja vähän strukturoitujen haastattelumenetelmien käyttö on lisääntynyt. Hirsjärvi ja Hurme (2006, 34) kokevat kuitenkin nykyisessä käytännössä ongelmana sen, että haastattelua ei pidetä ongelmallisena tiedonkeruutapana ja siihen suhtaudutaan hyvin teknisesti. Haastattelulajeja jaotellaan sen mukaan, kuinka strukturoitu ja muodollinen haastattelutilanne on (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208). Kuten Hirsjärvi ym. (2009, 204) toteavat, haastattelu on tietyssä suhteessa ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, sillä ”siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa”.

Haastattelun etuja ovat muun muassa se, että halutaan korostaa ihmisen näkemistä tutkimustilanteessa subjektina. Lisäksi haastattelu on vähän kartoitettu ja tuntematon alue ja tutkijan on etukäteen vaikea tietää vastauksia. Etuna on myös se, että haastatteluaiheiden järjestystä voidaan säädellä ja haastateltavien ei-kielelliset vihjeet voivat auttaa ymmärtämään vastauksia. Toki haastattelussa on myös haittoja. Anonyymiyttä ei esimerkiksi voida taata samalla lailla kuin esimerkiksi kyselylomakkeissa ja haastattelu on usein aikaa vievää. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34–37.)

Opinnäytetyön haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa ei käytetä yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu ete-

nee keskeisten teemojen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–48.) Teemahaastattelussa tiedetään aihepiirit eli teemat, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto eivät ole selvillä (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Teemahaastattelu on muodoltaan hyvin avoin ja siinä vastaaja pääsee halutessaan puhumaan hyvinkin vapaamuotoisesti. Tällöin kerätyn materiaalin voi katsoa edustavan vastaajien puhetta itsessään. Teemahaastattelussa käytettävät teemat myös taakaavat sen, että jokaisen haastateltavan kanssa on puhuttu edes tietyssä määrin samoista asioista. (Eskola & Suoranta 2000, 87.)

Ennen haastattelua tulee ottaa huomioon muutamia käytännön asioita. Haastattelun ajankohda, paikka, aika, kesto ja tarvittavat välineet selvitetään etukäteen ja sovitaan haastateltavien kanssa. Haastattelu voi tapahtua kotona, jossakin laitoksessa tai julkisessa tilassa, haastateltavan työpaikalla tai muussa vapaamuotoisessa paikassa. Haastattelupaikan tulisi kuitenkin olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen, sillä teemahaastattelussa hyvä kontakti haastateltavaan on erittäin tärkeää. Paras paikka haastatteluun on häiriötön ja valoisa paikka, jossa haastattelija ja haastateltavat pystyvät näkemään toistensa ilmeet ja eleet. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 73–74.)

Kun olimme saaneet tutkimusluvan HYKS:n Medisiinisen tulosyksikön vastaavalta ylilääkäriltä, lähetimme useita sähköposteja vuodeosaston 6A, Päiväsairaalan ja Keuhkosairauksien poliklinikan osastonhoitajille. Yhteistyössä osastonhoitajien kanssa valitsimme sopivat henkilöt haastateltaviksi. Valintakriteerinä oli, että haastateltavilla tulisi olla työkokemusta sytostaattihoidosta saavan keuhkosityöpäpotilaan hoidosta vähintään viisi vuotta. Ehdotusten pohjalta valitsimme haastateltaviksi neljä sairaanhoitajaa. Tämän jälkeen haastateltaville sairaanhoitajille lähetettiin sähköpostia ja sovittiin haastattelupäivä joulukuulle 2010. Haastattelu toteutettiin lopulta kolmen sairaanhoitajan ryhmähaastatteluna Meilahden Kolmiosairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla 6A. Haastattelu kesti kokonaisuudessaan 75 minuuttia.

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmähaastattelu, koska siinä voidaan Mäenpään ym. (2002) mukaan hyödyntää ihmisten välisiä kommunikaation monia muotoja ja se on myös monille luontevampi tapa osallistua verrattuna ehkä henkilökohtaisempaan yksilöhaastatteluun (Vuorinen 2008, 102). Haastattelutilanne oli rento ja ilmapiiri oli miellyttävä, minkä vuoksi aineistosta tuli melko laaja, sillä haastateltavat kertoivat varsin seikkaperäisesti monista asioista. Ryhmähaastattelun etu oli myös se, että haastateltavat pystyivät keskustelemaan keskenään, auttamaan tarvittaessa jonkun asian muistamisessa ja he myös täydensivät toistensa vastauksia, mikä ei olisi yksilöhaastattelussa ollut mahdollista. Myös Vuorinen (2008, 102) toi omassa väitöskirjassaan esiin sen, että ryhmähaastattelussa yhdessä työskentelyä voidaan hyödyntää, sillä toinen henkilö voi jatkaa siitä mihin toinen jäi (Carey 1994). Lisäksi Vuorinen (2008, 102) mainitsi sen, kuinka yksikin osallistuja voi omilla mielipiteillään herättää ryhmässä pohdintaa ja näin rikastuttaa aihetta erilaisten kannanottojen muodossa.

Ryhmähaastattelun onnistumista helpotti tässä työssä haastattelun huolellinen suunnittelu ja hyvä haastattelurunko tarkentavine kysymyksineen.

Koska haastattelusta haluttiin mahdollisimman onnistunut ja luonteva tilanne, lähetettiin kaikille haastatteluun osallistuville noin viikkoa ennen haastattelua saatekirjeen (liite 1) ja suostumus- ja taustatietolomakkeiden (liitteet 2 ja 3) lisäksi haastattelun teemat (liite 4). Tämä tehtiin sen vuoksi, että haastateltavat pystyisivät etukäteen tutustumaan tulevan haastattelun sisältöihin ja miettimään valmiiksi myös omia vastauksiaan. Yksi haastateltavista olikin tehnyt ennen haastattelua valmiiksi itselleen muistiinpanoja teemoihin pohjautuen. Teemat perustuivat opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen potilasohjauksesta. Ryhmähaastattelun teemoina olivat potilasohjaukseen valmistautuminen, potilasohjauksen toteutus ja potilasohjauksen arviointi. Teema-alueet ja tarkentavat kysymykset on esitetty liitteessä 4. Tuomen ja Sarajärven (2009, 73) mukaan tärkeintä haastattelussa on, että saadaan mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. Haastattelun tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava aineisto, jossa onnistuttiin.

Teemahaastattelujen tekemiseen kuuluu haastattelujen tallentaminen. Tärkeää olisi, että haastateltava osaa ennen haastattelua teema-alueet ulkoa, jotta kesken haastattelun ei tulisi tarvetta selailla papereita. Nauhoittamalla haastattelut saadaan vuorovaikutustilanteesta säilytetyksi paljon erilaisia, merkittäviä seikkoja, kuten haastateltavan äänenkäytön ja sanatarkan puheen. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 92.) Teemahaastattelu nauhoitettiin kahdelle digitaaliseen nauhurille. Haastattelu sujui suunnitelmien mukaan teema kerrallaan, mutta valitettavasti haastattelutilanne ei ollut täysin rauhallinen ja häiriötön, sillä haastattelupaikan vieressä oli lääkäreiden huoneita ja ihmisiä käveli myös jatkuvasti haastattelupaikan ohitse. Ovien avaaminen ja muut taustääännet kuuluivat nauhalta myös hyvin, mikä vaikeutti hieman haastattelun litterointia.

Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään usein käsitettä saturaatio, joka viittaa aineiston kylläntymiseen. Haastattelija voi aloittaa haastattelut ja lopettaa ne, kun uutta tietoa tutkimusongelman kannalta ei enää ilmaannu. Aineiston kylläntyminen on saavutettu, kun samat asiat alkavat kertautua haastatteluissa. Tässä tapauksessa tietty määrä aineistoa tuosi esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Myös tämän tutkimuksen kohdalla saavutettiin saturaatio, sillä jossakin vaiheessa haastateltavat alkoivat kertoamaan samoja asioita kuin toiset tai toistamaan jo aikaisemmin kertomaansa.

4.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysia käytetään paljon tutkimusaineiston analyysimenetelmänä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällönanalyysin avulla pystytään analysoimaan dokumentteja systemaattisesti

ja objektiivisesti. Analyysimenetelmänä se on tapa järjestää, kuvailla ja määritellä tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysissä tavoitteena on luoda kuvaus tutkittavasta aiheesta tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli pohjautuen aikaisempaan tietoon perustuvaan luokittelurunkoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, sillä tutkimuksen tulokset pohjautuvat haastattelusta saatuun aineistoon.

Analyysin etenemisestä ohjaavat ohjeet eivätkä yksityiskohtaiset säännöt. Induktiivisessa sisällönanalyysissä ensimmäiseksi määritetään analyysiyksikkö, jonka valintaan vaikuttaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Esimerkiksi yleisin analyysiyksikkö on sana, sanayhdistelmä tai lause, mutta se voi olla myös sanojen määrä, keskusteluun osallistuneiden määrä tai keskusteluun käytetty aika. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineistoa käydään läpi useita kertoja ennen varsinaista analyysia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Tutkimuksessa teoreettinen viitekehys toimii teemahaastattelujen ja tutkimuskysymysten perustana. Teemahaastattelujen jälkeen on vuorossa aineiston purkaminen eli litterointi. Litteroinnilla tarkoitetaan aineiston puhtaaksikirjoittamista sanasta sanaan valmiiksi tekstiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 222.) Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 138) mukaan litterointi vaatii aikaa ja sitkeyttä tutkijalta, sillä yhden haastattelutunnin purkamiseen voi mennä aikaa kuudesta kymmeneen tuntia. Ennen litterointivaihetta on myös syytä pohtia litteroidaanko vain tekstiä vai myös niin sanottua piiloviestintää, kuten esimerkiksi huokauksia. Varsinaisen teemahaastattelun jälkeen oli vuorossa litterointi. Litteroimme haastattelut kokonaisuudessaan pian haastatteluiden jälkeen. Tämän jälkeen molemmat lukivat toistensa litteroinnit ja kuuntelivat haastattelut vielä kertaalleen. Ennen litterointia sovittiin, että myös piiloviestintä, kuten huokaukset ja naurahdukset, litteroidaan.

Kun litterointi on valmis, tulee aineistoon tutustua hyvin ja lukea se useaan otteeseen läpi. Aineistoon perehtyminen vaikuttaa myös siihen, kuinka hyvin aineistoa pystytään analysoimaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143.) Opinnäytetyössä litteroituja sivuja tuli 18. Litteroinnin jälkeen kertosimme sisällönanalyysin teoriaa eri vaiheineen, jonka jälkeen aloitimme aineiston redusoinnin, eli litteroidun aineiston pelkistämisen. Redusoinnilla tarkoitetaan sitä, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä, jolloin muu ylimääräinen tieto voidaan poistaa aineistosta. Pelkistetyissä ilmauksissa pyritään käyttämään mahdollisimman paljon samoja termejä kuin aineistossakin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.) Redusointivaiheessa teimme molemmat haastattelusta kokonaisuudessaan omat pelkistetyt ilmaukset tutkimuskysymysten ja haastatteluteemojen pohjalta, minkä jälkeen vertasimme pelkistettyjä ilmauksia toisiinsa ja kokosimme niistä lopullisen listan. Alla olevassa taulukossa 1 on esimerkki pelkistämisestä.

<i>Alkuperäisilmaisu</i>	<i>Pelkistetty ilmaisu</i>
...ja sit justinsa se että runsasenerginen ihan että voit voi ottaa ja kermat ja just ettei mitään kevyttuotteita. pieniä annoksia ja usein, koska monet sanoo, että ruoka näyttää niin kuin ennenkin mutta ei maistu enää samalla tavalla, kun se makuaisti muuttuu erilaiseksi...	Sairaanhoitaja ohjaa syömään runsasenergistä ruokaa
...joskus on jos he joutuu pistää niin ku näit kasvutekijöitä niin sitten opetetaan ihan subcutis-pistos...	Sairaanhoitaja opettaa subcutis-pistoksen

Taulukko 1: Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä

Redusoinnin jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa tutkitaan pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi, joka nimetään sen sisällön mukaan. Näin pelkistetyistä ilmauksista syntyy alaluokka. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.) Kun olimme tyytyväisiä pelkistettyihin ilmauksiin, järjestimme ne allekkain tietokoneelle. Tämän jälkeen tulostimme pelkistetyt ilmaukset ja leikkasimme ne erilleen toisistaan. Sitten aloimme ryhmitellä pelkistettyjä ilmauksia paperilapuille niin, että samankaltaiset ilmaukset muodostivat oman ryhmänsä. Klusteroinnin tekeminen oli haasteellista, sillä aineisto oli laaja ja alaluokkia oli toisinaan mahdotonta hahmottaa kokonaisuudessaan. Aluksi yhdistimme turhan paljon pelkistettyjä ilmauksia yhdeksi luokaksi. Alla olevassa taulukossa 2 on esimerkki alaluokan muodostamisesta.

<i>Pelkistetyt ilmaukset</i>	<i>Alaluokka</i>
Sairaanhoitaja antaa poliklinikan, osaston ja päivystyksen yhteystiedot, jotta potilas voi ottaa yhteyttä sinne milloin vaan, jos tulee ongelmia	<i>Ohjaus hoidon jälkeisestä yhteydenotosta</i>
Sairaanhoitaja neuvoo potilaalle, milloin pitää ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan	
Sairaanhoitaja muistuttaa siitä, että kuumeita ei saa pitää	
Sairaanhoitaja kertoo potilasjärjestöjen yhteystiedoista, jotka löytyvät ohjelehtisistä	

Taulukko 2: Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Klusteroinnin jälkeen yhdistetään samansisältöiset luokat toisiinsa, jolloin muodostuu yläluokkia. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. Yläluokan nimen tulisi kuvastaa niitä alaluokkia, joista se on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.) Alaluokkien muodostamisen jälkeen ryhmitelimme ne niin, että samankaltaisista alaluokista muodostui yläluokka. Alla olevassa taulukossa 3 on esimerkki alaluokkien ryhmittelystä ja yläluokan muodostumisesta.

<i>Alaluokka</i>	<i>Yläluokka</i>
Ohjaus verikokeista	<i>Kotihoito-ohjeiden antaminen</i>
Sairaanhoitaja antaa puhelinohjausta	
Ohjaus hoidon jälkeisestä yhteydenotosta	
Kotona tapahtuvan lääkehoidon ohjaus	

Taulukko 3: Esimerkki yläluokan muodostamisesta alaluokista

Yläluokkia muodostui kaiken kaikkiaan 12 (taulukko 4). Muodostettuamme yläluokat, ryhmitelimme niistä pääluokat. Pääluokiksi nimesimme ohjauksen suunnittelun, ohjauksen toteutuksen sekä ohjauksen arvioinnin ja jatkohoidon. Alla olevassa taulukossa 4 on esimerkki pääluokkien muodostamisesta yläluokista.

<i>Yläluokka</i>	<i>Pääluokka</i>
Lääkäri suunnittelee sytostaattihoidon	<i>Ohjauksen suunnittelu</i>
Sairaanhoitaja valmistautuminen ohjaukseen	
Ohjauksen tarpeen määrittely	
Potilaan ja omaisten tukeminen ohjauksessa	<i>Ohjauksen toteutus</i>
Ohjaus sairauden aiheuttamista muutoksista jokapäiväiseen elämään	
Potilaan ohjaaminen yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa	
Lääkehoidon ohjaus	
Kivun hoidon ohjaus	
Ohjaus sytostaattihoidon aikana	
Kotihoito-ohjeiden antaminen	
Jatkohoidon turvaaminen	<i>Ohjauksen arviointi & jatkohoito</i>
Ohjauksen arviointi	

Taulukko 4: Esimerkki pääluokkien muodostamisesta yläluokista

5 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa prosessikuvaus sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjauksesta Meilahden Kolmiosairaan keuhkosairauksien klinikalle. Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla kolmea sairaanhoitajaa. Teemahaastattelulla pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin, jotka olivat seuraavat: mitkä ammattiryhmät osallistuvat sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjaukseen sekä millainen on sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjausprosessi. Prosessikuvaus on liitteenä 5.

Tutkimuskysymysten perusteella sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjaukseen osallistuvat pääasiassa sairaanhoitaja ja lääkäri. Muita ohjaukseen osallistuvia ammattiryhmiä ovat sosiaalityöntekijä, osastosihteeri, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, kuntoutusohjaaja, sairaalapastori, röntgenhoitaja, laitoshuoltaja ja mahdollisesti kotisairaanhoito. Myös omaiset ovat mukana ohjauksessa. Sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjausprosessi koostuu aineiston perusteella kolmesta eri vaiheesta, joita ovat ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus sekä ohjauksen arviointi ja jatkohoito. Prosessikuvauksessa on esitelty yleisin sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjausprosessi, sillä kaikkia eri ohjausprosesseja ja niiden vaiheita olisi ollut mahdotonta kuvata yhdessä prosessissa. Vaikka vuodeosaston sairaanhoitaja ei ole mukana prosessikuvauksessa kuvatussa yleisimmässä sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpöpotilaan ohjausprosessissa, hänet on otettu mukaan tähän prosessikuvaukseen, sillä hän on keskeinen henkilö potilaan ohjauksessa. Päätimme yhdistää siis poliklinikan sairaanhoitajan ja vuodeosaston sairaanhoitajan samaan luokkaan, sillä he ohjaavat samoja asioita potilaalle vuodeosastolla ja poliklinikalla.

5.1 Ohjauksen suunnittelu

Ohjauksen suunnittelu toteutuu Keuhkosairauksien poliklinikalla siten, että ensin lääkäri suunnittelee potilaan hoitoa ja määrää alkututkimuksia. Näitä ovat bronkoskopia, alkuverikokeet, puhallusspirometria, diffuusiokapasiteettitutkimus ja tietokonetomografia (TT)-kuvaus. Opinnäytetyön analyysistä käy ilmi, että ohjaukseen valmistautuminen alkaa, kun potilaasta saapuu lähete Keuhkosairauksien poliklinikalle. Ensin osastosihteeri kirjaa lähetteen, jonka lääkäri hyväksyy. Tämän jälkeen sairaanhoitaja saa tiedon tulevasta potilaasta ja määrittelee potilaan ohjauksen tarvetta perehtymällä potilaspapereihin ja tutustumalla potilaaseen. Ohjaukseen valmistautuessaan sairaanhoitaja varaa tarvittavat ohjausmateriaalit valmiiksi, perehtyy lääkärin määräyksiin ja tilaa sytostaatit valmiiksi. Lisäksi poliklinikan sairaanhoitaja myös kertaa sytostaatteihin liittyviä asioita. Ohjausmateriaaleja, joita poliklinikan sairaanhoitaja käyttää, ovat muun muassa oppaat ”Ohjeita sinulle, joka saat solunsalpaajahoitoa” ja ”Keuhkosyöpöpotilaan opas”. Uutena ohjausmateriaalina heillä on myös käytössä ”Elämää keuhkosyövän kanssa - Miten tästä eteenpäin?” -dvd. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty ja

tämän vuoksi kattava tutustuminen potilaan taustatietoihin ja riittävä ohjauksen suunnittelu on onnistuneen ohjauksen perusta.

Päiväsairaalan sairaanhoitaja valmistautuu tulevaan potilasohjaukseen edellisenä päivänä ennen sytostaattitiputusta perehtymällä lääkärin määräyksiin ja kertaamalla kyseiseen sytostaattiin liittyviä asioita. Erona poliklinikan sairaanhoitajan valmistautumiseen on se, että he eivät enää varaa valmiiksi ohjausmateriaalia eivätkä tilaa sytostaatteja. Vaikka Päiväsairaalan sairaanhoitajat eivät rutiinisti varaa ohjausmateriaalia valmiiksi, antavat he sitä kuitenkin siinä tapauksessa, mikäli ohjausmateriaalia ei ole jostain syystä annettu poliklinikalla. Haastattelussa ilmeni, että ohjaus ei ole aina riittävää poliklinikalla, jolloin Päiväsairaalan sairaanhoitajalle jää enemmän tehtävää itse tiputuksen lisäksi kuin mihin hän on varautunut ja valmistautunut. Poliklinikalla ja muissakin hoitopaikoissa aika on rajallinen, joten koskaan ei liene tarpeeksi aikaa potilaan ohjaukseen.

Sytostaattihoitoa saavalla keuhkosityöpöpotilaalla voi olla kuitenkin myös muita ohjausprosesseja kuin poliklinikalla annettava ohjaus. Potilas voi myös tulla suoraan kotoa melko huonokuntoisena ambulanssilla päivystykseen ja sitä kautta osastolle, jossa sytostaattihoito aloitetaan. Aikaa suunnitteluun ei välttämättä ole paljon, vaan potilaalle on aloitettava pikaisesti hoidot, jolloin perinpohjainen ohjauksen tarpeen arviointi ja ohjaukseen valmistautuminen ei välttämättä ole mahdollista. Kuitenkin ohjauksen sisällöt ovat yhtäläiset poliklinikan sairaanhoitajan ohjausten kanssa.

5.2 Ohjauksen toteutus

Ohjauksen toteutus käsittää suurimman osan koko ohjausprosessista ja analyysin perusteella se jakautuu kolmeen eri vaiheeseen: ohjaus ennen sytostaattihoitoa, ohjaus sytostaattihoidon aikana ja ohjaus sytostaattihoidon jälkeen. Vaikka ohjauksen toteutus jakautuu eri vaiheisiin, tuloksista käy kuitenkin ilmi se, että potilaalle annettavien ohjausten sisällöt eivät ole sidoksissa tiukasti tiettyyn vaiheeseen, vaan ohjausta annetaan jatkuvasti. Otetaan esimerkiksi pahoinvoinnin ohjaus. Mahdollisesta pahoinvoinnista kerrotaan potilaalle jo poliklinikalla ennen sytostaattihoidon toteutusta Päiväsairaалassa. Sytostaattihoidon aikana Päiväsairaalan sairaanhoitaja antaa potilaalle tarvittaessa pahoinvoinnineläkkeä. Sytostaattihoidon jälkeen potilaan kanssa käydään läpi annetut reseptit pahoinvoinnineläkkeistä ja muista oheiseläkkeistä sekä neuvotaan, miten potilas voi omalla toiminnallaan vähentää tai lievittää mahdollista pahoinvointia.

5.2.1 Ohjaus ennen sytostaattihoitoa

Potilasohjaus alkaa silloin, kun potilas saapuu sairaalaan vastaanotolle. Ensimmäisenä ennen lääkärin tai poliklinikan sairaanhoitajan vastaanottoa potilas käy lääkärin määräämissä tutkimuksissa. Tutkimuksissa potilasta ohjaa se henkilö, joka tutkimuksen tekee. Esimerkiksi TT-kuvauksessa ohjauksesta vastaa röntgenhoitaja. Mikäli potilas on epävarma siitä, miten hänen tulisi valmistautua tutkimukseen ja minkälainen tutkimus on kyseessä, hän voi ottaa yhteyttä Keuhkosairauksien klinikkaan. Tällöin häntä ohjaa puhelimitse sairaanhoitaja tai tarvittaessa sihteeri, jos potilaalla on kysyttävää tutkimusajoista. Potilaan käytyä tutkimuksissa, hän saapuu lääkärin vastaanotolle.

Ensimmäisellä käynnillä lääkäri ottaa potilaan vastaan ja tutkii hänet, jonka jälkeen hän määrää lisää tutkimuksia, vahvistaa lääkemääräyksiä ja suunnittelee hoitoa. Lääkärin vastaanotolla lääkäri ohjaa potilasta kertomalla keuhkosityövästä sairautena ja sen hoidosta. Ensimmäisen lääkärikäynnin jälkeen potilas siirtyy poliklinikan sairaanhoitajan vastaanotolle ja osallistuu lisätutkimuksiin, joiden perusteella lääkäri suunnittelee ja aloittaa varsinaisen sytostaattihoitoa. Prosessikaaviota näyttäessämme selvisi, että lääkäri suunnittelee ja päättää sytostaattihoitoa aloituksesta vasta toisen lääkärikäynnin ja monien lisätutkimusten jälkeen, eikä vielä pelkän lähetteen perusteella pystytä sytostaattihoitoa suunnittelemaan. Doughertyn ja Baileyn (2001, 201) mukaan ennen sytostaattihoitoa aloitusta tehtävien tutkimusten tarkoituksena on selvittää potilaan fyysinen kunto, suorituskyky, eri elinten toiminta, syövän laajuus ja lääkkeen annostus, jotta pystytään valitsemaan oikeanlainen hoito ja vertailemaan potilaan tilaa ennen hoitoa aloitusta ja sen jälkeen.

Poliklinikan sairaanhoitajan luona ohjauksen sisällöt ovat seuraavat: ohjaus sairauden aiheuttamista muutoksista jokapäiväiseen elämään, potilaan ohjaaminen yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa, lääkehoidon ohjaus, kivunhoidon ohjaus sekä potilaan ja omaisten tukeminen. Teoriaosuuteen viitaten keuhkosityöpä aiheuttaa monia oireita kuten yskää, yskän pahenemista, hengenahdistusta, kipuja rintakehän alueella sekä toistuvia keuhkokuumeita. Lisäksi voi ilmetä kuumetta, laihtumista, ruokahaluttomuutta ja väsymystä. (Knuuttila 2005, 576; Knuuttila 2006, 324.) Sairautena keuhkosityöpä vaikuttaa paljon potilaan arkielämään. Tutkimustuloksissa tämä näkyy runsaana ohjauksen sisältönä keuhkosityövästä ja sen aiheuttamista muutoksista jokapäiväiseen elämään. Sairanhoitaja ohjaa potilasta mahdollisesta pahoinvoinnista kertomalla, miten ruokavalion avulla on mahdollista vähentää pahoinvointia. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa pahoinvointilääkkeistä, jotka lääkäri on määrännyt. Keuhkosityöpäpotilailla riittävä ravitsemus on tärkeää potilaan oman jaksamisen ja useiden lääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutusten ehkäisemisen kannalta. Ennen ohjausta sairaanhoitaja tarkistaa ravitsemussuositukset ja -ohjeet, jonka jälkeen hän ohjaa ravitsemuksen suhteen potilasta syömään runsasenergistä ruokaa ja ravintolisä. Lisäksi sairaanhoitaja kehottaa syömään

sitä, mikä maistuu, mutta välttämään lempiruokia sen vuoksi, että makuaisti muuttuu, eikä tietty ruoka välttämättä maistu enää samalta. Mikäli potilaan ravitsemustila on erittäin huono, poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa potilaan ravitsemusterapeutin luokse.

Eräänä keuhkosityövän oireena on yskä (Knuuttila 2006, 324). Sairaanhoitaja opettaa potilaalle oikean yskimistekniikan helpottaakseen potilaan oloa ja jaksamista. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa liikunnasta, saunomisesta ja alkoholinkäytöstä. Liikuntaan, pulloon puhaltamiseen ja yskimistekniikkaan liittyen myös fysioterapeutti voi antaa ohjausta. Koska infektioherkkyyden lisääntyminen koskee kaikkia sytostaatteja (Elonen & Järviluoma 1998, 83-85), sairaanhoitaja ohjaa poliklinikalla myös siitä. Hygienialla on tärkeä rooli infektioiden välttämiseksi, joten potilasta ja omaisia ohjataan käsien pesussa ja käsihuuhteen käytössä. Lisäksi potilasta ohjataan alapään hygienian huolehtimisesta.

Kun potilas sairastuu keuhkosityöpään, hänen ulkonäkönsä muuttuu ennemmin tai myöhemmin sytostaattihoidon aikana. Tämä johtuu siitä, että sytostaatit tuhoavat eläviä soluja, jolloin haittavaikutukset kohdistuvat terveisiin, nopeasti jakautuviin soluihin kuten hiuksiin (Elonen & Järviluoma 1998, 20). Keuhkosairauksien poliklinikalla sairaanhoitaja kertoo hiustenlähdöstä, neuvoa mistä peruukin voi ostaa ja kertoo, että lääkäri voi kirjoittaa maksusitoumuksen sitä varten. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa mahdollisista iho-ongelmista ja niiden hoidosta. Sytostaattien haittavaikutukset ilmenevät myös suun ja silmien limakalvoilla sekä vatsantoiminnassa. Potilas saa sairaanhoitajalta ohjausta suunhoidosta, kuten oikeanlaisesta hampaiden harjaamisesta. Silmissä limakalvon muutokset aiheuttavat silmien kuivumista, joten sairaanhoitaja ohjaa käyttämään silmissä kostutustippoja. Vatsantoiminnan ohjaus on hyvin tärkeää. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta ottamaan yhteyttä sairaalaan, kun hänellä on ripulia, jotta välttyttäisiin potilaan kuivumiselta ja mahdollisilta komplikaatioilta. Lisäksi sairaanhoitaja ohjaa tarvittaessa happirikastinhoidon aloituksen, mikäli kuntoutusohjaaja ei itse ehdi sitä ohjaamaan.

Kun lääkäri ja potilas päättävät aloittaa sytostaattihoidot ensimmäisen tai toisen lääkärikäynnin jälkeen, nousee potilaalle paljon kysymyksiä sytostaateista. Sytostaattihoidon kannalta lääkehoidon ohjaus onkin yksi tärkeimmistä ohjauksen osa-alueista. Poliklinikan sairaanhoitaja valmistaa potilasta sytostaattihoitoon kertomalla lääkkeen nimen, tiputusajan ja tiputuksen toteutuksen. Lisäksi sairaanhoitaja kertoo sytostaattien sivuvaikutuksista ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutuksista sytostaatin kanssa sekä antaa kirjallista ohjausmateriaalia annettavasta sytostaatista. Keuhkosityöpään, kuten moniin muihinkin syöpiin, liittyy usein kova kipu. Potilaan ohjaaminen kivunhoidossa käsittää sen, että sairaanhoitaja kertoo kivusta ja sen lääkehoidosta. Sairaanhoitaja ohjaa esimerkiksi valkosolujen kasvutekijään liittyvistä kivuista ja sytostaattihoidon aikana mahdollisesta kanyloinnista aiheutuvasta kivusta. Kivunhoitoon liittyen sairaanhoitaja voi myös konsultoida kipupoliklinikan sairaanhoitajaa, joka tarvittaessa

osallistuu potilaan ohjaukseen. Lääkäri myös arvioi tarvitseeko potilas lähetettä kipupoliklinikalle.

Potilaan ohjaamiseen osallistuu monia ammattiryhmiä. Näitä ammattiryhmiä ovat ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, röntgenhoitaja, sihteeri, sairaalapastori sekä laitoshuoltaja. Ravitsemusterapeutti ohjaa ravitsemukseen liittyen esimerkiksi kun potilaalla on peg-letku. Fysioterapeutti antaa ohjausta liikunnasta ja pulloon puhalluksesta. Sosiaalityöntekijä tulee mukaan ohjaukseen ensimmäisellä Päiväsairaalakäynnillä, jolloin hän kertoo sosiaalietuuksista. Poliklinikalla sosiaalityöntekijä auttaa Kelan lomakkeiden täytössä, arvioi potilaan suhtautumista sairauteensa, kertoo syöpäjärjestöjen toiminnasta ja ohjaa elämän hallinnassa. Röntgenhoitaja osallistuu tarvittaessa ohjaukseen potilaan ensitutkimuskäynneillä esimerkiksi TT-kuvauksessa ja ohjaa lisäksi sädehoidossa, mikäli potilas saa sitä. Sairaanhoidaja voi ohjata potilasta ottamaan yhteyttä sairaalapastoriin potilaan niin halutessaan, jolloin sairaalapastori voi tarjota hengellistä tukea. Laitoshuoltajat ohjaavat tarvittaessa käytännön asioista, kuten ruokailuun ja huoneiden siisteyteen liittyvistä asioista. Poliklinikan sairaanhoitajat tekevät yhteistyötä lähinnä sosiaalityöntekijän ja ravitsemusterapeutin kanssa, mutta muiden ammattiryhmien rooli ohjauksessa nousi esiin vuodeosaston sairaanhoitajien kertomana. Denver-dreenin ohjaus annetaan pääasiassa kirurgian poliklinikalla, mutta ohjausta voidaan antaa myös Keuhkosairauksien vuodeosastolla sairaanhoitajien toimesta.

Vaikka keuhkosityövän riskitekijät ovat yleisesti tiedossa, tulee tieto sairaudesta usein yllätyksenä, sillä Knuuttilan (2005, 573-574) mukaan diagnoosivaiheessa tauti on valitettavan usein jo levinnyt. Haastattelussa tärkeäksi ohjausteemaksi nousi potilaan ja omaisten tukeminen. Sairaanhoidaja tukee ja motivoi potilasta huomioimalla potilaan pelot, huolet, kivut ja jaksamisen. Ohjauksessa sairaanhoidaja pyrkii synnyttämään luottamuksen potilaan kanssa ja hyödyntämään huumoria luottavaisen ilmapiirin synnyttämiseksi. Haastattelussa ilmeni, että sairaanhoitajat kannustavat potilasta etsimällä hoidosta positiivisia asioita ja rohkaistamalla potilasta uskomaan parempaan tulevaisuuteen. Omaisten tukeminen näkyi sairaanhoitajien ohjauksessa niin, että omaiset otetaan mukaan ohjaukseen, heitä yritetään motivoida osallistumaan potilaan hoitoon sekä heille annetaan samoja kirjallisia ohjeita kuin potilaalle. Sairaanhoidaja kannustaa omaisia ottamaan yhteyttä potilasjärjestöihin sekä hyödyntämään vertais-tukea.

Potilaslähtöisyys ilmenee ohjauksessa siten, että poliklinikan sairaanhoidaja pyrkii huomioimaan potilaan yksilöllisesti ohjauksessa. Poliklinikkakäynnillä sairaanhoidaja arvioi potilaan tiedon omaksumista ja antaa ohjausta sen mukaan, miten potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan. Yksilöllisyys pyritään huomioimaan luomalla rauhallinen ohjausilmapiiri, selvittämällä potilaan oma hoitotahto sekä olemalla yli- tai aliarvioimatta potilasta iän, ammatin tai koulutuksen perusteella.

5.2.2 Ohjaus sytostaattihoidon aikana

Sytostaattihoidot toteutetaan Päiväsairaalassa. Sytostaattitiputuksen aikana sairaanhoitaja tarkkailee potilaan vointia mittaamalla säännöllisesti verenpaineen, pulssin ja lämmön sekä tiedustelemalla jatkuvasti potilaan vointia. Päiväsairaalassa lääkehoidon ohjaus korostuu, sillä potilas on siellä hoidossa vain sytostaattitiputuksen ajan. Päiväsairaalan sairaanhoitajan lääkehoidon ohjaus koostuu kanyylin laittamisesta sekä esilääkkeiden ja varsinaisen sytostaatin antamisesta. Myös Päiväsairaalassa sairaanhoitaja kertoo potilaalle annettavan sytostaatin nimen, sen mahdolliset haittavaikutukset sekä yleisiä tiputukseen liittyviä asioita. Mikäli Päiväsairaalan sairaanhoitaja ei onnistu kanyylin laitossa, voi anestesia lääkäri tarvittaessa tulla laittamaan sen. Ennen sytostaattihoidon alkua hoitava lääkäri voi tarvittaessa päättää keskuslaskimoportin laittamisesta sitä tarvitseville potilaille. Keskuslaskimoportin laitosta vastaa kirurgi ja se laitetaan Kirurgisessa sairaalassa.

Sytostaattitiputuksen kesto vaihtelee jonkin verran riippuen annettavasta sytostaatista. Mikäli se kestää yli neljä tuntia, sairaanhoitaja huolehtii potilaan ravitsemuksesta antamalla hänelle välipalaa. Päiväsairaalan sairaanhoitaja ohjaa käytännön asioissa tiputuksen aikana. Hän kertoo esimerkiksi soittokellon käytön ja WC:n sijainnin. Sytostaattitiputuksen aikana Päiväsairaalan sairaanhoitajalla on myös hyvää aikaa kerrata jo aikaisemmin annettua ohjausta. Sytostaattisykli on kestoaltaan 21 tai 28 päivää, jonka aikana sytostaattihoitoja on yhdestä kolmeen kertaan. On kuitenkin huomioitava, että potilaan kunnosta riippuen sytostaattihoito saattaa kestää vain yhden syklin verran. Hoitokertoja voi jäädä myös väliin, mikäli potilaalla on huonot veriarvot tai hänen kuntonsa on muuten huono. Tiputusten välillä potilas on hoidossa joko kotona tai perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon vuodeosastolla voinnista riippuen. Toisen tai kolmannen sytostaattitiputuksen jälkeen potilas tapaa lääkärin, joka arvioi lääkkeen vastetta ja muuttaa tarvittaessa suunniteltua sytostaattihoitoa. Kaiken kaikkiaan potilaalla on yleensä maksimissaan neljä peräkkäistä sytostaattisykliä.

5.2.3 Ohjaus sytostaattihoidon jälkeen

Analyysin mukaan sytostaattihoidon jälkeen potilasta ohjataan kotihoito-ohjeisiin liittyvissä asioissa. Todellisuudessa sairaanhoitajat sijoittivat kotihoito-ohjeiden antamisen prosessissa jo ennen sytostaattitiputusta. Pääosin poliklinikan sairaanhoitaja vastaa kotihoito-ohjeiden antamisesta, mutta myös Päiväsairaalan sairaanhoitaja kertoo ohjeita tiputuksen aikana ja sen jälkeen. Poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa verikokeista kertomalla tulevista välilabroista, joissa potilaan tulee käydä omalla terveysasemallaan. Mikäli välilaboratoriokokeissa on jotakin poikkeavaa, voi sairaanhoitaja soittaa potilaalle tuloksista ja antaa puhelinohjausta.

Sairaanhoitaja ohjaa myös hoidon jälkeisestä yhteydenotosta. Hän antaa poliklinikan, vuodeosaston ja päivystyksen yhteystiedot sekä neuvoa, että hoitohenkilökuntaan on otettava herkästi yhteyttä esimerkiksi kuumeen noustessa. Sairaanhoitaja voi antaa lisäksi potilasjärjestöjen yhteystietoja. Jos potilas on hoidossa kotona sytostaattitiputusten välissä, on sairaanhoitajan syytä käydä läpi kotona tapahtuvan lääkehoidon ohjaus huolellisesti. Kotona tapahtuvan lääkehoidon ohjaukseen sisältyy potilaan lääkityksen aloituksen, annostuksen ja lääkkeenotto-tavan kertaaminen sekä tarvittaessa subcutis-pistoksen opettaminen. Sytostaattitiputuksen jälkeen ohjauksen sisällöt palaavat aikaisemmin annettuihin ohjauksiin poliklinikalla.

5.3 Ohjauksen arviointi ja jatkohoito

Sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessin viimeinen vaihe on ohjauksen arviointi ja jatkohoidon turvaaminen. Analyysin mukaan ohjauksen arviointiin osallistuvat poliklinikan sairaanhoitaja ja lääkäri yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Lisäksi mukana arvioinnissa on myös toinen sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja arvioi annettua ohjausta kysymällä potilaalta suoria ja avoimia kysymyksiä annetusta ohjauksesta. Sairaanhoitaja voi esimerkiksi kysyä, miten potilas toimii, kun hänelle nousee kuumetta. Esitettyjen kysymysten avulla sairaanhoitaja pystyy varmistamaan, että potilas on ymmärtänyt annetun ohjauksen, sekä lisäksi hän pystyy arvioimaan omia ohjaustaitojaan. Arvioimalla säännöllisesti omia ohjaustaitojaan sairaanhoitaja voi kehittää niitä. Erilaisten ohjausmenetelmien ja -tapojen monipuolinen hyödyntäminen on kannattavaa, sillä ihmiset oppivat asioita eri tavoin. Hoitoa ja ohjausta arvioidaan myös jokaisen Päiväsairaalakäynnin yhteydessä, mutta erityisesti viimeisen sytostaattihoidon jälkeen. Tällöin hoidon ja ohjauksen arviointi on tärkeää potilaan jatkohoidon turvaamisen ja onnistumisen kannalta.

Lääkäri osallistuu hoidon ja ohjaukseen arviointiin keskustelemalla potilaan ja omaisten kanssa. Lääkärillä on merkittävä rooli jatkohoidon turvaamisessa, sillä viimeisen syklin jälkeen hän tarkistaa potilaan voinnin ja tekee väliarvioinnin hoidon onnistumisesta. Väliarvioinnin jälkeen lääkäri päättää jatkohoidosta. Kun lääkäri on päättänyt jatkohoitopaikasta, hän suunnittelee jatkohoidon yhdessä poliklinikan sairaanhoitajan kanssa. Jatkohoitopaikan varmistuttua lääkäri kirjoittaa tarvittavat lähetteet, todistukset ja reseptit, jotka sairaanhoitaja kertaan yhdessä potilaan kanssa ja osastosihteeri lähettää eteenpäin. Sairaanhoitaja pyrkii turvaamaan jatko-hoitoa varmistamalla kotilääkityksen riittävyyden, informoimalla mahdollista jatkohoitopaikkaa jatkohoidosta, käymällä läpi kotihoitokaavakkeen sekä kirjaamalla potilasapereihin potilasta askarruttavat asiat ja potilaalle annetun ohjauksen.

Prosessikuvauksessa (liite 5) käsitellään jatkohoidon turvaamista lähinnä siitä näkökulmasta, kun potilaan sytostaattihoidot loppuvat ja hän siirtyy kotisairaanhoidon, kotisairaalan asiakkaaksi, Terhokotiin, perusterveydenhuoltoon tai jää erikoissairaanhoidon. Hoidon jatkuvuu-

teen pyritään kuitenkin myös sytostaattihoitojen aikana. Tämä ilmenee siten, että poliklinikalla ja myös Päiväsairaalassa sairaanhoitaja pyrkii hoitamaan samaa potilasta mahdollisimman paljon. Etenkin vuodeosastolla hoidon jatkuvuus korostuu tiiviin hoitosuhteen vuoksi, minkä takia sairaanhoitajat pyrkivät siellä jatkamaan saman potilaan hoitoa työvuorojensa mukaan. Vuodeosastolla ohjauksen arvioinnin etuna verrattuna poliklinikkaan ja Päiväsairaalaan voitaneen pitää sitä, että sairaanhoitaja näkee potilasta enemmän, jolloin annettua ohjausta ja potilaan tiedon omaksumista on helpompi arvioida. Prosessikuvauksessa ohjauksen arviointia ja jatkohoidon turvaamista on tarkasteltu pääasiassa poliklinikan sairaanhoitajan näkökulmasta, sillä ns. ”poliklinikkapolku” on sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpäpotilaan yleisin ohjausprosessi.

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimus määritellään inhimilliseksi, arvoperustaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on löytää kulloisellakin tieteenalalla totuus tieteellisesti hyväksytyin menetelmin. Eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen tärkeää tieteissä, joiden tutkimuskohteina ovat inhimillinen toiminta tai tietolähteinä käytetään ihmisiä. Tutkimusetiikassa tarkastellaan sitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimusetiikkaa säätelevät monet normit ja julistukset kuten myös lainsäädäntö. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284–286.) Suomeen on perustettu valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) sekä Tutkimuseettinen neuvottelukunta, joiden tavoitteena on tutkimusetiikan laadun turvaaminen, tutkimusetiikan edistäminen, tutkimuseettinen tiedottaminen ja lausuntojen antaminen, alan kansainvälisen kehityksen seuraaminen sekä terveydenhuollon eettisiin kysymyksiä koskevan tiedon kerääminen ja jakaminen (ETENE 2006, 5–6).

Hyvä tieteellinen käytäntö on käsite, jota käytetään paljon tarkasteltaessa tutkimuksen eettisyyttä. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Lisäksi tutkimuksessa tulisi soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, tulosten julkaisun tulisi olla avointa sekä muiden tutkijoiden työ ja saavutukset tulisi huomioida asianmukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. Sen sijaan hyvän tieteellisen käytännön loukkaukseksi katsotaan sekä piittaamattomuus hyvää tieteellistä käytäntöä kohtaan että tutkimusvilppi tieteellisessä käytännössä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287–288; Suomen Akatemia 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Tutkimuseettiset kysymykset nousevat esiin työn eri vaiheissa. Esimerkiksi tutkimuskohteen valinnassa tulee pohtia työn rajaamista, mikä taas vaikuttaa tutkimustehtävään ja tutkimusongelmaan sekä niiden eettisyyteen. Mikäli tutkimus sisältyy jonkun toisen johtamaan tutkimushankkeeseen, on osattava arvioida myös hankkeen eettisiä kriteereitä. Tutkimuksen tietolähteiden valinta on tärkeää tutkimuksen yleisen ja eettisen luotettavuuden kannalta. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmien valinnassa sekä aineistonkeruun toteutuksessa tulee arvioida eri vaihtoehtojen eettisyyttä sekä sitä, miten valinnat saattavat vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 288–290.)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 131) mukaan laadullisen tutkimuksen eettisyyden kannalta on huomioitava tutkittavien suoja. Tutkittavien suojalla tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuvilla on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Lisäksi tutkimukseen osallistuvilla on oikeus vapaaehtoiseen suostumukseen, jota antaessaan tutkijan on varmistettava, että osallistuja tietää tutkimuksen tarkoituksen. Tutkittavien suojaan kuuluvat osallistujien oikeuksien turvaaminen, tutkimustietojen luottamuksellinen käsittely, osallistujien anonymiteetti sekä tutkijan vastuuntunto sovitusta ja luvatuista asioista.

Opinnäytetyön tutkimuslupa haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimukseen osallistuville lähetettiin etukäteen saatekirjeet (liite 1), joissa informoitiin tutkimuksesta mahdollisimman monipuolisesti. Lisäksi tutkimukseen osallistuville kerrottiin heidän oikeuksistaan, kuten oikeudesta esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan, oikeudesta tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti koko aineistonkeruun ajan, oikeudesta tietoiseen, mieluiten kirjalliseen suostumukseen, oikeudesta anonymiteettiin koko tutkimusprosessin ajan, oikeudesta keskeyttää tutkimus milloin tahansa ja oikeudesta saada tietoa tutkimustuloksista (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290).

Ennen haastatteluja tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat täyttivät suostumuslomakkeen (liite 2), jolla varmistettiin heidän vapaaehtoisuutensa ja halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen haastateltaviksi valittiin kokeneita, pitkään keuhkosityöpöpotilaiden parissa työskennelleitä sairaanhoitajia. Taustatietolomakkeen (liite 3) perusteella haastateltavien sairaanhoitajien keski-ikä oli 49 vuotta. Heillä oli terveydenhuoltoalan työkokemusta keskimäärin 24 vuotta, joista työkokemusta keuhkosityöpöpotilaiden hoidossa 18 vuotta. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat olivat saaneet lisäkoulutusta keuhkosityöpöön liittyen joko osaston omissa koulutuksissa tai ammattikorkeakoulujen erikoistumisopintojen muodossa. Osallistujien anonymiteetti pyrittiin varmistamaan niin, ettei esimerkiksi suorista lainauksista pystyisi erottamaan haastateltavaa.

Pian haastatteluiden jälkeen aineistot litteroitiin itse. Haastatteluista kerättyä aineistoa ei luovutettu ulkopuolisille vaan sitä käsiteltiin luottamuksellisesti. Lopullinen aineiston hävit-

täminen tapahtui tutkimuksen hyväksymisen ja valmistumisen jälkeen. Tästäkin informoitiin tutkimukseen osallistuvia. Tutkimuksen eri vaiheissa noudatettiin Laurean eettisiä ohjeita, joita ovat eettinen herkkyyks ja motivaatio sekä moraalis-eettinen ongelmanratkaisu (Aho, Korhonen & Hemmilä 2009, 24–25).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella erilaisten kriteerien avulla. Tärkeimmät kriteerit ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), luotettavuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, miten onnistuneesti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä on tarkasteltu, sekä vastaavatko tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavien käsityksiä. (Holloway & Wheeler 2002, 255; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Opinnäytetyön tutkimuksen uskottavuutta parannettiin näyttämällä alustava prosessikuvaus tutkimukseen osallistuneille sairaanhoitajille ja lisäksi muutamalle Keuhkosairauksien poliklinikan sairaanhoitajalle. Tapaamisessa käytiin läpi prosessikuvaus vaiheittain, jonka jälkeen prosessikaavioon tehtiin joitakin muutoksia. Sihteerin, sosiaalityöntekijän ja lääkärin tehtäviä täydennettiin ja lisäksi tarkennettiin eri sairaanhoitajien tehtävänjakoa ja ohjauksen eri vaiheiden sisältöä ja potilaan ohjausprosesseja.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden toinen kriteeri on siirrettävyys. Siirrettävyys kuvaa sitä, miten hyvin aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä sekä miten hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen, ulkopuoliseen vastaavaan kontekstiin. (Holloway & Wheeler 2002, 255; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Opinnäytetyö on tehty tiettyyn yksikköön tietylle potilasryhmälle. Tulosten siirrettävyyttä voidaan soveltaa toiseen yksikköön edellyttäen, että tiedossa on tarkasti tutkimuksen potilasryhmä (sytostaattihoitoa saava keuhkosyöpäpotilas), tutkimukseen osallistuneet yksiköt (Keuhkosairauksien poliklinikka, vuodeosasto ja Päiväsairaala) sekä tutkimuksen toteutuksen kuvaus vaiheittain (aineistonkeruumenetelmä ja analysointi).

Tutkimuksen kolmatta kriteeriä eli luotettavuutta voidaan parantaa siten, että kuvataan laadullisen tutkimuksen päätöksenteon polku selkeästi, sekä noudatetaan laadullisen tutkimuksen yleisiä sopimuksia ja sääntöjä. (Holloway & Wheeler 2002, 255; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Opinnäytetyössä luotettavuutta on pyritty varmistamaan perehtymällä tutkittavaan aiheeseen hyvin jo ennen varsinaisia haastatteluja ja luomalla kattava teoreettinen viitekehys tutkimuksen perustaksi. Tutkimuksen päätöksenteon polku on pyritty kuvaamaan tarkasti ja selkeästi raportointivaiheessa. Aineiston analyysin kuvaaminen esimerkkitaulukoin helpottavat lukijaa arvioimaan valintojamme tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen aikana olemme nou-

dattaneet laadullisen tutkimuksen yleisiä sopimuksia ja sääntöjä esimerkiksi aineistonkeruussa ja aineiston analysoinnissa.

Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus näkyy siinä, miten tarkasti tutkija esittää ratkaisut sekä miten lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. (Holloway & Wheeler 2002, 255; Tuomi & Sarajärvi 2009, 138–139.) Opinnäytetyössä tutkimuksen vahvistettavuus ilmenee lainauksina raakadatasta eli litteroidusta haastattelusta (taulukko 1) sekä aineiston analyysin kuvaamisena. Raakadatasta ei ole liitetty lainauksia tutkimukseen muuten kuin aineiston analysoinnin kannalta on oleellista, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyisi läpi tutkimuksen. Raportoinnista ja tuloksista on pyritty tekemään mahdollisimman selkeitä.

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 10) mukaan monien sisällön analyysin asiantuntijoiden mielestä face-validiteetin käyttö analyysin luotettavuuden lisäämiseksi on suositeltavaa. Face-validiteetti tarkoittaa reflektiota tiedon käyttäjien kanssa, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset esitellään henkilöille, joille tutkittava ilmiö on tuttu. Tämän jälkeen he arvioivat, vastaavatko tulokset todellisuutta. Opinnäytetyössä haastattelujen jälkeen muodostettiin alustava prosessikuvaus, joka esiteltiin tutkimukseen osallistuneille sairaanhoitajille osastolla 6A, Päiväsairaalassa ja Keuhkosairauksien poliklinikalla. Alustavien tulosten esittämisen jälkeen prosessikuvausta muokattiin parannusehdotusten pohjalta, mikä osaltaan vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa haastatteluaineiston laatu. Kun tutkimus toteutetaan tekemällä haastatteluja, laadun tarkkailuun tulisi kiinnittää huomiota tutkimuksen eri vaiheissa. Aineistonkeruussa laadukkuutta voi parantaa tekemällä hyvän haastattelurungon. Teemahaastattelussa pääteemojen esittämisen lisäksi pitäisi pohtia, miten teemoja voidaan syventää. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 184.) Opinnäytetyössä laadittiin ensiksi varsinaiset tutkimuskysymykset, joiden pohjalta laadittiin haastattelurunko teemoineen. Haastattelu-teemat kysymyksineen lähetettiin etukäteen tutkimukseen osallistuneille, jotta he pystyisivät valmistautumaan tutkimukseen hyvissä ajoin. Teemahaastatteluun olimme valmistautuneet laatimalla lisäkysymyksiä, joiden avulla teemojen sisältöä voitiin tarkastella kattavammin. Opinnäytetyön haastatteluvaiheessa laatua parannettiin huolehtimalla siitä, että tekninen välineistö on kunnossa. Ennen haastattelua varmistimme, että tallentamiseen tarkoitettua materiaalia kuten nauhureita ja varapattereita on saatavilla, haastattelurunko on mukana, nauhuri toimii ja sen säädöt ovat kohdallaan (Hirsjärvi ym. 2006, 184). Haastattelutilanteessa oli hälinää, joka johtui lähinnä yleisestä liikehinnästä haastattelutilan ympärillä. Tämä osaltaan lisäsi haastetta litteroimiseen. Vaikka haastattelutilannetta häiritsi kerran puhelimen soiminen ja ohikulkevat ihmiset, haastattelua jatkettiin luontevasti pienistä häiriötekijöistä huolimatta. Itse haastattelusta pyrittiin tekemään miellyttävä tilanne haastateltaville, mikä ilmeni avoimena ilmapiirinä ja leppoisana jutusteluna.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on otettava huomioon monia asioita, kuten tutkimuksen kohde ja tarkoitus, aineistonkeruu, tutkimuksen tiedonantajat ja tutkija-tiedonantajasuhte (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan ohjauksesta prosessikuvaus Meilahden kolmiosairaalaan keuhkosairauksien klinikalle. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastatteluun osallistui yhteensä kolme sairaanhoitajaa vuodeosastolta 6A ja Päiväsairaalasta. Haastateltavat valittiin yhdessä osastonhoitajien kanssa siten, että haastateltavilla olisi mahdollisimman paljon kokemusta sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan hoidosta. Vaikka emme saaneet sairaanhoitajaa Keuhkosairauksien poliklinikalta varsinaiseen teemahaastatteluun, kävimme näyttämässä heille alustavaa prosessikuvausta sen valmistuttua ja saimme heiltä parannusehdotuksia lopullista prosessikuvausta varten. Tämä paransi tutkimuksen luotettavuutta, sillä työn kannalta oli merkittävää, että kaikkien sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpäpotilaan hoitoon osallistuvien näkökulma huomioidaan.

Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi sairaanhoitajille lähetettiin haastatteluteemat etukäteen, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun kunnolla. Haastateltavien sairaanhoitajien asiantuntijuus tutkittavasta aiheesta ilmeni runsaana aineistona. Ryhmähaastattelu parantaa opinnäytetyön luotettavuutta osaltaan, sillä menetelmänä se mahdollistaa tutkittavien vuorovaikutuksen. Tämä ilmeni haastattelun aikana siten, että sairaanhoitajilla muistui mieleen jokin asia toisen sairaanhoitajan sanomasta asiasta.

”Juustiinsa se. Joo... Ainaki nämä ja sitte et jos tietää mikä lääke ni siitä lääkkeestä, jos on esite, ni se lääke-esite. Ja yhteystiedot meille ja...”

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että tutkijoita on ollut kaksi. Esimerkkinä aineiston analysointivaiheessa tutkijat saivat aineistosta erilaisia pelkistettyjä ilmauksia, jolloin pohdittiin syitä tähän. Lisäksi ala- ja yläluokkien nimeäminen herätti keskustelua, mikä osaltaan lisäsi tutkimuksen objektiivisuutta. Luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimuksen kesto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tätä opinnäytetyötä on tehty alkuvuodesta 2010 alkaen. Opinnäytetyöprosessin aikana tutkivan kirjoittamisen taidot ja tiedot tutkittavasta aiheesta ovat syvenyneet ja olemme saaneet uusia näkökulmia potilasohjaukseen.

6.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä teoreettisen viitekehyksen kanssa. Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan omia voimavaroja, joiden avulla selviytyä sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaan voimavarojen lisäämistä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. (Eloranta 2010, 6–8; Salanterä ym. 2005, 218.) Opinnäytetyön tulosten mukaan voimavaraistumista

tukevat näkökulmat huomioidaan hyvin ohjauksessa. Erilaisia näkökulmia voimavaraistumiseen olivat biofysiologinen, toiminnallinen, tiedollinen, sosiaalinen, kokemuksellinen ja taloudellinen näkökulma. Esimerkiksi poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa kivusta, pahoinvoinnista, liikkumisesta, ravitsemuksesta, ihon hoidosta, sairauden hoidosta ja sen vaikutuksista arkipäivään. Sosiaalityöntekijä vastaa taloudellisesta näkökulmasta ohjatessaan sosiaalietuksista sekä Keuhkosairauksien poliklinikalla että Päiväsairaalassa. Ainoa ohjauksen näkökulma, joka ei ilmennyt opinnäytetyön tuloksista, oli eettisyys. Tämä ilmeni siten, että sairaanhoitajat eivät kertoneet potilaille oikeuksistaan. Myös muut tutkimukset tukevat sitä, että eniten puutteita ohjauksessa on nimenomaan eettisyyteen liittyvissä asioissa (Eloranta ym. 2010, 4–10; Salanterä 2005, 217–228).

Kääriäinen ja Kyngäs (2006, 6–8) korostavat potilasohjauksessa vuorovaikutuksen ja potilaslähtöisyyden merkitystä. Haastatteluissa ilmeni, että sairaanhoitajalta vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja, jotta hän pystyy synnyttämään luottamuksen potilaan kanssa sekä arvioimaan ohjauksen sisältöä ja riittävyyttä jokaisen potilaan kohdalla. Tulosten mukaan potilaslähtöisyys ilmenee ohjauksen suunnittelussa, kun sairaanhoitaja perehtyy potilaspapereihin ja tutustuu potilaaseen etukäteen. Ohjauksen toteutusvaiheessa potilaslähtöisyys ilmenee yksilöllisenä ohjauksena ja jokaisen potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisena.

Potilasohjaus on prosessi, joka koostuu kolmesta osa-alueesta. Näitä ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005). Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että Keuhkosairauksien klinikalla potilasohjauksen prosessi muodostuu ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Potilaan ohjauksessa käytettäviä ohjausmenetelmiä ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus ja audiovisuaalinen ohjaus. Tutkimusten mukaan potilaat muistavat 75 % näkemästään ja 10 % kuulemastaan. Tämän vuoksi ohjausta antavalta henkilöltä edellytetään tietämystä potilaan oppimistavoista ja ohjauksen päämäärästä. (Kyngäs ym. 2007.) Sytostaattihoitoa saavan keuhkosyöpäpotilaan ohjauksessa yksilöohjaus on käytetyin ohjausmenetelmä. Yksilöohjausta annetaan pääasiassa suullisesti, mutta käytössä on myös muita menetelmiä kuten kirjallinen ohjausmateriaali ja demonstraatio. Potilailta myös neuvotaan sähköisten kanavien käytössä, esimerkiksi neuvomalla Syöpäjärjestön internetsivuille. Ryhmäohjausta käytetään vain silloin, kun potilaiden omaisia on mukana vastaanotolla.

Tulosten mukaan audiovisuaalisista ohjausmenetelmistä käytössä ovat puhelinohjaus, kirjalliset ohjeet, demonstraatio sekä uutena myös nimenomaan keuhkosyöpäpotilaille tehty DVD. Kirjallista ohjausmateriaalia annetaan jo ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä ja tarvittaessa myös Päiväsairaalassa. Myös DVD annetaan potilaille vastaanotolla ja he voivat halutessaan katsoa sen omaisten kanssa, jotta hekin saavat tietoa sairaudesta. Puhelinohjausta annetaan

koko ohjausprosessin aikana tarvittaessa ja sen rooli korostuu etenkin sen jälkeen, kun potilas on kotiutunut hoidosta ja tarvitsee esimerkiksi neuvoja johonkin ilmenneeseen vaivaan tai ongelmaan. Demonstraatio on käytössä ainoastaan poliklinikalla, esimerkiksi subcutis-pistoksen opettamisen muodossa.

Yleisesti potilasohjauksen haasteita ovat lyhentyneet hoitojaksot erikoissairaanhoidossa, potilasohjauksen ajoittaminen oikein, potilaan ohjaaminen omista lähtökohdista irrallaan potilaan palvelukokonaisuudesta, sekä yhtenäisten ohjaussisältöjen ja -materiaalien puuttuminen (Aaltonen ym. 2008, 89–92). Lisäksi Salanterän ym. (2005, 217–228) ja Kyngäksen ym. (2007, 124–127) mukaan lyhentyneiden hoitojaksojen vuoksi potilas ja omaiset joutuvat ottamaan itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan, jolloin kirjallisten ohjausmateriaalien merkitys ohjausmenetelmänä on kasvanut. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että ohjausprosessissa on parantamisen varaa, sillä ohjauksen sisällöt eivät ole yhtenäiset ja eri ammattiryhmät saattavat antaa toisistaan tietämättä ohjausta samoista asioista. Haastatellut sairaanhoitajat olivat huolissaan ohjauksen ”katkeamisesta” nykyisessä Kolmiosairaalassa, kun ennen Keuhkosairauksien poliklinikka ja Meilahden sytostaattipoliklinikka toimivat samoissa tiloissa, jolloin ohjausprosessissa oli jatkuvuutta saman sairaanhoitajan hoitaessa potilasta sekä vastaanotolla että sytostaattihoidon aikana.

Ohjauksen arvioinnin merkitys korostuu, mikäli halutaan pystyä vastaamaan edellisessä kappaleessa mainittuihin potilasohjauksen haasteisiin. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjauksen arvioinnin avulla saadaan tietoa siitä, mitä ohjauksen osa-aluetta kannattaa kehittää. Esimerkiksi poliklinikan sairaanhoitaja arvioi jokaisen sytostaattisyklin jälkeen, mistä jo annetusta ohjauksesta potilas tarvitsee lisää ohjausta. Mikäli usealla potilaalla toistuu samat, epäselväksi jääneet asiat ohjauksessa, lienee syytä kiinnittää huomiota kyseiseen ohjauksen osa-alueeseen.

Potilaan ohjaaminen omista lähtökohdista irrallaan potilaan palvelukokonaisuudesta ilmenee myös sytostaattihoidoa saavan keuhkosityöpöpotilaan kohdalla. Tieto annetusta ohjauksesta ei tavoita kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia, sillä annetun ohjauksen kirjaaminen on puutteellista, eikä myöskään työnjako annettavasta ohjauksesta ole selkeä. Analyysin mukaan esimerkiksi Päiväsairaalan sairaanhoitaja ohjaa potilasta vain sytostaattihoidon toteutuksessa, mutta todellisuudessa hän saattaa ohjata myös poliklinikalla alun perin annettavasta ohjauksesta, mikäli poliklinikalla ei ole annettu tätä ohjausta ennen sytostaattihoidoa. Prosessikuvauksen avulla on pyritty selkiyttämään eri ammattiryhmien roolia ohjauksessa ja ohjaussisältöjä.

Opinnäytetyön prosessikuvaus vastaa kysymyksiin mitä ohjataan, milloin ohjataan, kuka ohjaa ja miten ohjaa (Winell 2007). Parhaimmillaan prosessit alkavat asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen. Prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle asiakkaasta ja hänen tarpeistaan ja mieti-

tään, millä tavoin ne voidaan tyydyttää. Prosessi käynnistyy aina asiakkaan tarpeen ilmaisusta. (Laamanen 2007, 21–22.) Opinnäytetyön tulosten pohjalta aihe rajautui alkamaan siitä, kun potilaasta saapuu lähete Keuhkosairauksien poliklinikalle ja loppumaan siihen, kun potilaan sytostaattihoidot lopetetaan. Syynä tähän on joko hoitojen tehoaminen tai potilaan voimien heikkeneminen. Tässäkin prosessissa on jatkuvasti asiakas eli potilas kaiken ohjauksen lähtökohtana ja hänen tarpeidensa tyydyttäminen on ohjauksen tavoite.

Pelkkä prosessikuvaus itsessään saa aikaan vain verkostoitumista ja pienimuotoista kehittämistä ilman toimintaa kuvaavia mittareita. Mittaritietojen puutteellisuus lienee suurin vaikuttaja siihen, etteivät prosessikuvausten tulokset realisoidu. (Aaltonen ym. 2008, 66–70.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sytostaattihoidtoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausta Meilahden Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien klinikalla prosessikuvauksen avulla. Kuitenkin vastuu tulosten ja itse prosessikuvauksen hyödyntämisestä on Keuhkosairauksien klinikalla.

6.4 Kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet

Valmis prosessikuvaus annetaan Kolmiosairaalan Keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolle 6A, Keuhkosairauksien poliklinikalle ja Päiväsairaalaan. Prosessikuvauksen avulla sytostaattihoidtoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausta voidaan kehittää kyseisissä yksiköissä ja hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Haastattelusta ilmeni, että kyseisissä yksiköissä on ollut aikaisemmin käytössä niin sanottu muistilista ohjattavista asioista paperiversiona sairaanhoitajille. Keuhkosairauksien poliklinikalla tällainen lista onkin olemassa edelleen, mutta se ei ole aktiivisessa käytössä. Päiväsairaalassa ja osastolla 6A ei ole tällä hetkellä minkäänlaista muistilistaa, vaan he ohjaavat jokainen oman kokemuksen ja mieltymysten perusteella. Kaikki haastatteluun osallistuneet pitivät vanhaa muistilistaa hyvänä tukena sytostaattihoidtoa saavien keuhkosityöpöpotilaiden ohjauksessa etenkin niille sairaanhoitajille, jotka ovat uransa alkuvaiheessa. Nyt kun myös Kolmiosairaalassa on siirrytty sähköiseen kirjaamiseen, lista on poistunut käytöstä. Uusien työntekijöiden kannalta olisi kuitenkin hyvä, että kyseisen kaltainen muistilista olisi käytössä, sillä se helpottaa yhtenäisen ja samalla yksilöllisen potilasohjauksen antamista. Kolmiosairaalaan muutettaessa potilasta hoidetaan aikaisempaa enemmän konkreettisesti eri paikoissa, mikä lisää osaltaan ohjausta antavien henkilöiden määrää. Kun ohjausta antaa useampi henkilö, on vaarana, että tieto annetusta ohjauksesta ei tavoita kaikkia osapuolia. Yhteisen muistilistan avulla voidaan puuttua tähän asiaan ja lisätä potilasturvallisuutta.

Sairanhoitajat toivat esiin haastattelussa kaipaavansa myös erillistä ohjauslistaa itseään varten. Potilaslähtöisyyttä voisaan lisätä hyödyntämällä ohjauslistaa niin, että se kulkisi sähköis-

ten kirjaamistietojen lisäksi potilaan mukana eri hoidoissa ja käynneillä. Tähän ohjauslistaan tai ”reissuvihkoon” voisi merkitä potilaan kaikki käynnit eri sairaanhoitajien vastaanotoilla, annetun ohjauksen sisällön sekä sen, miten potilas on ottanut vastaan ohjauksen. Ohjauslista auttaisi sairaanhoitajia suunnittelemaan ja antamaan ohjausta sekä arvioimaan potilaan tiedon omaksumista. Potilaan mukana kulkeva ohjauslista lisäisi hoidon jatkuvuutta sekä vähentäisi annettavan ohjauksen päällekkäisyyttä. Esimerkiksi poliklinikalla lääkäri tapaa potilaan kahdestaan, jolloin sairaanhoitaja ei voi tietää, mitä lääkäri on jo ohjannut, ellei lääkäri kirjaa antamaansa ohjausta ja käsiteltyjä asioita potilaan ohjauslistaan. Opinnäytetyön tutkimustulokset tukevat sitä, että eri ammattiryhmät antavat päällekkäistä ohjausta, koska he eivät tiedä toistensa antamasta ohjauksesta. Parhaiten tämä näkyy sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjaossa, sillä haastateltavat sairaanhoitajat eivät tuoneet esiin lääkäreiden antamaa ohjausta eri käynneillä.

Lisäksi yhtenä kehittämisideana on tiettyjen sairaanhoitajien perehdytys nimenomaan sytostaattihoitoa saavien keuhkosityöpöpotilaiden hoitoon. Nämä sairaanhoitajat työskentelisivät sekä Keuhkosairauksien poliklinikalla että Päiväsairaalassa. Työkierto voisi olla hyvä ehdotus tähän, sillä siten he saisivat kokemusta laaja-alaisemmin tämän potilasryhmän hoidon eri osalueista ja näkisivät potilaan ohjausprosessia monipuolisesti. Tällä tavoin he osaisivat myös ohjata potilasta paremmin, sillä he tietäisivät, minkälaista ohjausta potilas tarvitsee missäkin vaiheessa.

Jatkotutkimusaiheeksi suositellaan sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan prosessikuvauksen tekemistä vuodeosastoille. Vaikka haastattelimme tutkimukseen myös vuodeosastojen sairaanhoitajia, on tämän opinnäytetyön prosessikuvauksessa käsitelty vain yhtä prosessia eli yleisintä sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjausprosessia, joka keskittyy lähinnä Keuhkosairauksien poliklinikalle. Vuodeosastoille tehtyä prosessikuvausta pystyttäisiin hyödyntämään paremmin heidän yksiköissään. Lisäksi vuodeosastojen ja poliklinikan ohjaustapoja ja -sisältöjä voisi vertailla keskenään ja kehittää näin ohjausta. Vaikka tämän tutkimuksen aineisto oli laaja, jäi kuitenkin tunne, että olisimme halunneet perehtyä vielä tarkemmin ohjauksen sisältöihin. Tutkimustuloksista on nähtävissä vain ohjauksen pääsisällöt. Ehdotammekin, että ohjauksen sisältöjä tutkittaisiin systemaattisemmin ja tarkemmin. Esimerkiksi vuodeosastoilla ja poliklinikalla voitaisiin kartoittaa yksityiskohtaisesti, mitä ohjaus pitää sisällään ja mitä kirjallisia ohjausmateriaaleja potilaalle annetaan jokaisesta ohjattavasta asiasta.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena ehdotetaan myös tutkittavaksi potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Tutkimuksessa voisi kartoittaa esimerkiksi sitä, miten potilaat itse kokevat hoidossaan ohjauksen toteutumisen ja sen riittävyyden. Lisäksi voisi tutkia, minkälaista sytostaattihoitoa

saavien keuhkosityöpöpotilaiden ohjaus on ulkomailla ja vertailla sitä Suomessa annettavaan ohjaukseen.

Lähteet

- Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihanne-sairaala. Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Aho, P., Korhonen, P. & Hemmilä, R. 2009. Laurea Fakta 2009-2010 Opas Laurean opiskeli-joille ja henkilöstölle. http://markkinointi.laurea.fi/laatu/Laurea_fakta_2009_web.pdf. Viitattu 25.3.2010.
- Dougherty, L. & Bailey, C. 2001. Chemotherapy. Teoksessa Corner, J. & Bailey, C. (toim.) Cancer nursing: care in context. Oxford: Blackwell.
- Elonen, E. & Järviluoma, E. 1998. Solunsalpaajahoito-opas. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johansson, K. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva Hoitotyö 1, 4–10. Vol. 8.
- Erikoissairaanhoitolaki. Kolmas luku. 10 §. 1989. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Viitattu 26.2.2010.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino.
- ETENE. 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. http://www.etene.org/dokumentit/Tutk_eettinen_arv_FIN+SWE26062006.pdf Viitattu 25.3.2010.
- Finnish Cancer Registry. Cancer in Finland 2006 and 2007. Cancer Society of Finland Publication No. 76, Helsinki 2009; 44. http://www.syoparekisteri.fi/tilastot/image_26.pdf. Viitattu 25.2.2010.
- Heiskanen, S. 2005. MS-potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. Hoitotiede 2, 59–67. Vol. 17.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2002. Qualitative research in nursing. 2. uudistettu painos. Oxford: Blackwell Publishing.
- HUS. 2006. Hyks-sairaanhoitoalueen lautakunta. Kolmiosairaan hankesuunnitelma. <http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-231-5.HTM>. Viitattu 19.3.2010.
- JUHTA -Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2008. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html#H11>. Viivattu 5.3.2010.
- Järvikoski, A. 2000. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Teoksessa Onnismäa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) 1. painos. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kansanterveyslaki. Kolmas luku. 14 §. 1972. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. Viitattu 26.2.2010.

- Keskisaari-Kajaste, L., McBreen, J., Honko, E., Hell, K., Jokirinta, J. & Keski-Luopa, A. 2007. ProDoc -prosessien kuvaaminen HUS-kuntayhtymässä.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006. Voimavarakeskeinen neuvonta-keskustelu sairaalassa. *Sairaanhoitaja* 2, 19–22. Vol. 79.
- Knuuttila, A. 2005. Thoraxalueen kasvaimet. Teoksessa Kinnula, V., Brander, P., Tukiainen, P. (toim.) *Keuhkosairaudet*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Knuuttila, A. 2006. *Keuhkosairaudet*. Teoksessa Kauppinen, R. (toim.) *Sisätautien ytimessä*. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede* 2, 50–59. Vol. 16.
- Kuntalaki. Ensimmäinen luku. 1§. 1995. Finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>. Viitattu 14.3.2010.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3–12. Vol. 11.
- Käypä hoito. 2008. Keuhkosityöpä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06050>. Viitattu 22.2.2010.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4, 10–15. Vol. 6.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus -tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 10, 6–9. Vol. 79.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3, 27–31. Vol. 3.
- Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – ideasta käytäntöön. 7. painos. Keuruu: Otava.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Toinen luku. 3–6 §. 1992. Finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 26.2.2010.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Kolmas luku. 15 §. 1994. Finlex.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 14.3.2010.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uudistettu painos. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parviainen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. *Terveydenhuollon tuottannonohjaus*. 1. painos. Helsinki: Talentum.
- Mali P. 2007. Levinneen ei-pienisoluisen keuhkosityövän solunsalpaajahoito ja uudet täsmälääkkeet. *Suomen lääkirilehti* 62, (13/2007), 1387–91.

Mattson, K., Kunnamo, I. & Aho, T. 2001. Keuhkosityöpä. Käyvän hoidon potilasversiot. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00014>. Viitattu 31.8.2010.

Miettunen, S. 2008. Potilasohjaus hoitotyössä - sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma. <http://www oulu.fi/hoitotiede/MiettunenS.htm>. Viitattu 5.3.2010.

Pokhrel, A., Martikainen, P., Pukkala, E., Rautalahti, M., Seppä, K. & Hakulinen, T. 2010. Education, survival and avoidable deaths in cancer patients in Finland. *British Journal of Cancer*. <http://www.nature.com/bjc/journal/v103/n7/abs/6605861a.html>. Viitattu 27.3.2011.

Pukkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. Syöpä 2015. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Syöpäjärjestöjen julkaisu 2006.

QPR Software Oyj. 2008. Prosessijohtamisen ratkaisut. <http://www.qpr.fi/Prosessijohtamisen-ratkaisut.html?sksearchtext=prosessijohtamisen%20ratkaisut>. Viitattu 22.3.2010.

Rankinen, S. 2008. Syöpäpotilasta voimavaraistavan potilasohjauksen kehittäminen. *Syöpäsairaanhoitaja* 1, 6–7.

Riska, H. 2010. Keuhkosityöpä ja mesoteliooma. *TherapiaFennica*. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Keuhkosity%C3%B6p%C3%A4_ja_mesoteliooma. Viitattu 16.3.2010.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 4, 217–228. Vol. 17.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveystietolaki parantaa asiakkaiden asemaa. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1512997>. Viitattu 12.4.2011

Suomen Akatemia. 2007. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanto/>. Viitattu 25.3.2010.

Suomen keuhkolääkäriyhdistys ry ja Suomen onkologiyhdistys ry. 2001. Keuhkosityövän hoitosuositus. *Duodecim* 117(8):894–908.

Suomen perustuslaki. Toinen luku. 6§, 7§, 16–19§. 1999. Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Viitattu 14.3.2010.

Suomen Syöpärekisteri. Keuhkosityövän tapausmäärät 1955–2004 (miehet ja naiset). <http://www.cancerregistry.fi/tilastot/3-63-400.html>. Viitattu 1.9.2010.

Terveystietolaki. Ensimmäinen luku. 2 §. 2011. Finlex. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki). Viitattu 12.4.2011

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Ukkola, O. 2005. Kakeksia. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121(9):985–92.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen

laitos, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.

Winell, K. 2007. Miksi hoitoketjuja ja prosessikuvauksia?
<http://www.conmedic.fi/laatupaivat/2007/winell.pdf>. Viitattu 22.2.2010.

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Saatekirje

Hyvät sairaanhoitajat,

opiskelemme sairaanhoitajiksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Otaniemen paikallisyksikössä. Opinnäytetyömme aiheena on sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksen prosessikuvaus. Opinnäytetyömme on osa Kolmiosairaala-hanketta, jossa yhteistyökump-paneina toimivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Medisiininen tulosyksikkö ja Laurea-ammattikorkeakoulun Otaniemen paikallisyksikkö.

Toteutamme tutkimuksemme ryhmähaastatteluina käyttämällä teemahaastattelun menetelmää. Tarkoituksenamme on haastatella kahta sairaanhoitajaa Kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikan vuodeosastolta 6A, yhtä sairaanhoitajaa Keuhkosairauksien poliklinikalta ja yhtä sairaanhoitajaa Päiväsairaalasta. Kaikkien haastatteluihin osallistuvien tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja haastattelumateriaalit hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi keskeyttää milloin tahansa. Valmis opinnäytetyömme tulee Kolmiosairaalan keuhkosairauksien klinikan käyttöön ja toivomme, että ystävällisesti osallistutte tutkimukseemme. Vastaamme mielellämme Teitä askarruttaviin kysymyksiin.

Haastattelun teemoina ovat sytostaattihoitoa saavan keuhkosityöpöpotilaan ohjauksen suunnittelu, ohjauksen toteutus ja ohjauksen arviointi.

Ystävällisin terveisin,

Maiju Nurmio
maiju.nurmio@laurea.fi

Henriikka Lindlöf
henriikka.lindlof@laurea.fi

Liite 2 Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen saanut tietoa opinnäytetyöstä saatekirjeessä. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja että minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Paikka, päiväys _____

Allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Liite 3 Haastatteluun osallistuvien taustatietolomake

1. Ikä_____

2. Koulutus_____

3. Terveystieteiden työkokemus vuosina_____

4. Työkokemus vuosina keuhkosiirrotin hoidossa_____

5. Lisäkoulutus keuhkosiirrotin liittymen: KYLLÄ/EI

jos kyllä niin minkälaisista_____

Liite 4 Haastatteluteemat

TEEMA I Potilasohjaukseen valmistautuminen

1. Miten Keuhkosairauksien klinikalla valmistaudutaan, kun keuhkosityöpöpotilas tulee sairaalaan sytostaattihoitoa varten?
2. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat?
3. Miten potilaslähtöisyys ilmenee ohjaukseen valmistautumisessa?

TEEMA II Potilasohjauksen toteutus

1. Mitä ohjaus sisältää
 - a. ennen sytostaattihoitoja?
 - b. sytostaattihoitojen aikana?
 - c. sytostaattihoitojen jälkeen?
2. Millä menetelmillä ohjaus toteutetaan?
3. Mitkä ammattiryhmät osallistuvat?

TEEMA III Potilasohjauksen arviointi

1. Miten ohjausta arvioidaan?
2. Ketkä osallistuvat arviointiin?

